



information



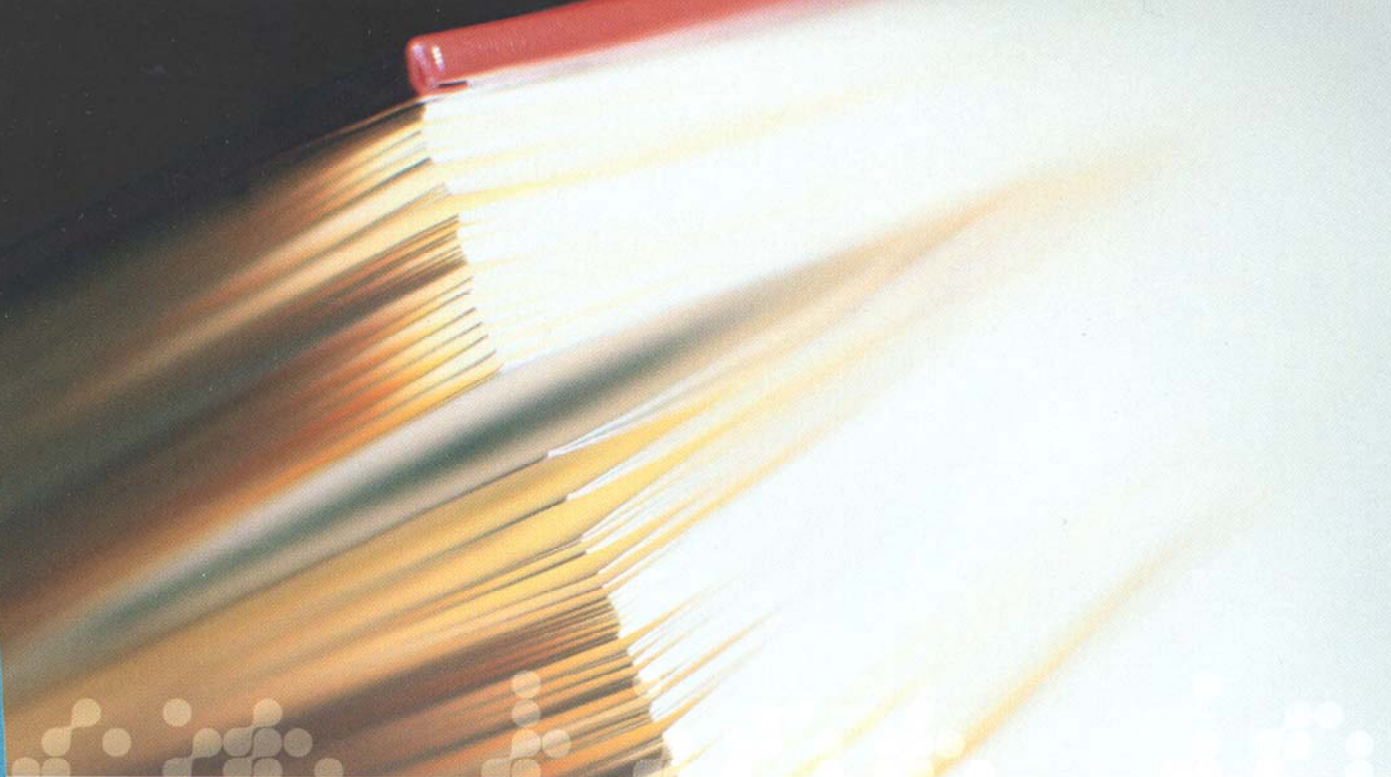
formation



recherche



*coopération
internationale*



MAINTIEN EN EMPLOI, RETRAITE ET SANTÉ

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

MAINTIEN EN EMPLOI, RETRAITE ET SANTÉ

DIRECTION SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES

septembre 2007

AUTEUR

Chantale Lagacé Ph.D
Professionnelle de recherche, INRS-Urbanisation, Culture et Société
Groupe de recherche sur les transformations du travail, des âges et des politiques sociales
(TRANSPOL)

SOUS LA DIRECTION DE

Frédéric Lesemann Ph.D
Professeur, INRS-Urbanisation, Culture et Société
Directeur, Groupe de recherche sur les transformations du travail, des âges et des politiques sociales
(TRANSPOL)

REMERCIEMENTS

Linda Joly, INRS-Urbanisation, Culture et Société
Geneviève Lapointe, Institut national de santé publique du Québec
André Tourigny, Institut national de santé publique du Québec

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-51158-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-51157-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

SOMMAIRE

Le vieillissement de la population québécoise est une préoccupation gouvernementale grandissante. Pour soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans son rôle de conseiller du gouvernement en matière de politiques publiques favorables à la santé, rôle confirmé par l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) a confié à l'Institut national de la recherche scientifique (INRS) le mandat de documenter l'impact sur la santé des travailleurs du maintien en emploi ou du retrait du marché du travail. Le présent rapport vise donc à répondre à la question suivante : quels sont les effets démontrés sur la santé physique et mentale de la retraite et du maintien en emploi, compte tenu des circonstances variées dans lesquelles ils se tiennent?

Afin de répondre à cette question, une recension de la littérature en sociologie, en psychologie et en santé a été effectuée. Les recherches sur cette question précise sont relativement rares, ce qui contraste avec la préoccupation sociale dont font l'objet la retraite et le maintien en emploi. Il est néanmoins possible de conclure, sur la base des travaux recensés, que, contrairement à une croyance populaire bien ancrée, rien n'indique qu'en lui-même le fait de prendre sa retraite ou de demeurer en emploi ait un effet identifiable sur la santé physique ou sur le bien-être psychologique. Toutefois, il apparaît tout à fait vraisemblable que les circonstances du maintien en emploi ou de la retraite ont une grande importance eu égard à la santé. Cette conclusion rejoint celle de Warr (1998) pour qui : « la bonne santé mentale à l'âge avancé ne dépend pas du fait d'occuper ou non un emploi; la condition clef nécessaire est l'exposition à un ensemble de conditions bénéfiques, quelle qu'en soit la source » (Warr, 1998, p. 253, traduction libre).

Pour encadrer cette collecte d'information en tenant compte de circonstances variées (interruption de l'emploi avant la retraite, retour au travail après la retraite, raisons du retour au travail, caractère volontaire ou non de la retraite), l'INSPQ a défini une série de scénarios de fins de carrière. Les données de recherche disponibles ne permettent pas de tirer des conclusions détaillées sur chacun d'entre eux, mais appuient quelques constats généraux concernant chacune des situations.

Certaines indications existent à l'effet que la prise de retraite à un âge qui diffère des normes sociales (scénarios de retraite précoce) peut entraîner des problèmes de santé. Toutefois, il faut immédiatement préciser que le scénario vraiment problématique est celui de la retraite précoce involontaire, d'ailleurs souvent associé à des pertes de revenus. En d'autres termes, si l'âge « conventionnel » de la retraite, variable selon les milieux et en baisse depuis quelques années, est susceptible de placer les individus dans une situation où ils sont « hors normes », c'est surtout lorsque cette situation n'est pas choisie qu'elle pose problème.

Concernant les différents statuts d'emploi à l'âge « conventionnel » de la retraite, on doit, encore une fois, les mettre en parallèle avec leur caractère choisi ou non, de même qu'avec les circonstances dans lesquelles ils se produisent. Le maintien en emploi n'est vraisemblablement pas un problème s'il est choisi, si les conditions de travail sont adéquates, si le travail n'est pas dommageable pour la santé et si le travailleur est en bonne santé. On peut en dire autant de la retraite, notamment lorsqu'elle n'entraîne pas de pertes

de revenus et lorsque les individus sont en santé, état en partie déterminé par les conditions antérieures de travail. Toutefois, la réflexion sur les effets du maintien en emploi ou de la retraite sur la santé se fait, la plupart du temps, indépendamment de la réflexion sur les conditions de travail qui les précèdent.

En ce qui concerne les scénarios sur les raisons du retour en emploi, il est très peu probable que le fait de retourner au travail par attachement au travail ou pour des fins de « réalisation personnelle » soit problématique, d'autant moins que l'on peut penser que de telles raisons sont associées au choix et à des contenus et des conditions de travail « épanouissants ». Toutefois, on sait très peu de choses sur sa fréquence réelle, même si on a tendance à l'idéaliser dans une situation où l'on craint, à tort ou à raison, des pénuries de main-d'oeuvre. On sait également peu de choses des retours en emploi pour besoins financiers. Ce sujet, moins séduisant que le précédent, mériterait d'autant plus d'être documenté qu'il est vraisemblable que ce type de retour est probablement assimilable à des situations de contrainte, dont il est prouvé qu'elles ont des effets négatifs sur la santé. Ceci est particulièrement plausible étant donnée la forte corrélation entre les revenus (ou le patrimoine) et la santé ainsi que dans le contexte actuel où prévalent de fortes aspirations à la retraite.

Enfin, il est bien connu que le chômage, particulièrement de longue durée, est une des situations fortement problématiques pour la santé, en plus d'affecter les revenus. Il reste encore à documenter plus précisément ses effets chez les 55 ans ou plus et à en établir les liens avec la retraite. À cela, il faudrait ajouter que les effets sur la santé des situations de précarité et d'instabilité professionnelle ne sont que très exceptionnellement tenus en considération. Or, l'instabilité est beaucoup plus répandue que par le passé, pratiques d'embauche obligent, et plusieurs futurs retraités y auront été exposés durant leur carrière.

Plus globalement, cette recherche indique que :

- 1) Le **choix du statut d'emploi** est une variable clef : les statuts involontaires entraînent des problèmes de santé. À cet égard, la retraite a été davantage documentée, mais quelques auteurs font le même constat s'agissant du maintien en emploi. Le choix est donc un déterminant important des effets de la retraite ou du maintien en emploi. Toutefois, il demeure un privilège; certains groupes de travailleurs, ceux qui cumulent les mauvaises conditions sur le marché de l'emploi, sont également ceux qui sont les moins à même de choisir de prendre leur retraite ou de demeurer en emploi, alors que ceux qui cumulent les bonnes conditions de travail et d'emploi sont également ceux qui ont le plus de pouvoir pour prendre ce genre de décisions.
- 2) Certaines conditions de travail sont néfastes pour la santé physique ou mentale, parmi les mieux documentées se retrouvent les suivantes : les trop grandes exigences physiques, les horaires alternants, le travail de nuit, la faible autonomie, les demandes psychologiques trop élevées ou trop faibles, l'absence de rétribution proportionnelle aux exigences, l'exposition à des contaminants, le travail répétitif (surtout sous contrainte de temps).

- 3) Les inégalités sociales de santé sont fortement tributaires du travail, la morbidité et la mortalité allant toutes deux en diminuant du bas au sommet de l'échelle sociale (gradient de santé). Ce fait majeur est peu pris en considération dans les réflexions sur la retraite.
- 4) La santé est une des plus importantes causes de la décision de retraite ou de maintien en emploi.

Par conséquent, les questions du maintien en emploi et de la retraite ne peuvent faire l'économie d'une réflexion sur les déterminants sociaux de la santé et, plus globalement, sur les inégalités sociales, qui devraient en constituer un axe essentiel. Dans cette perspective, il n'existe pas de « travailleur âgé », car les travailleurs de tous âges ont une appartenance de classe, d'ethnie et de genre, toutes appartenances qui modèlent non seulement leurs parcours professionnels, mais également leurs fins de carrière et leurs retraites.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
INTRODUCTION.....	1
1. MISE EN CONTEXTE	3
1.1. LA REDÉFINITION DU VIEILLISSEMENT DE LA MAIN-D'OEUVRE	3
1.2. LA VARIÉTÉ DES CONTEXTES DE LA PRISE DE RETRAITE ET DU MAINTIEN EN EMPLOI	4
1.3. L'ACTIVITÉ, LA RETRAITE ET LE MAINTIEN EN EMPLOI.....	5
1.3.1. L'âge et l'activité	6
1.3.2. La retraite	9
1.3.3. Le maintien en emploi	11
2. MÉTHODOLOGIE.....	13
2.1. DÉMARCHE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	13
2.2. DE LA RELATIVE RARETÉ DE LA DOCUMENTATION	14
2.3. LES MESURES D'ACTIVITÉ ET DE SANTÉ EMPLOYÉES DANS LES ÉTUDES RECENSÉES...	16
2.4. LES LIMITES DES ÉTUDES	17
3. RÉSULTATS.....	21
3.1. LES EFFETS DU MAINTIEN EN EMPLOI	21
3.1.1. Des travaux qui indiquent des effets positifs	21
3.1.2. Des travaux qui indiquent des effets négatifs.....	22
3.1.3. Des tensions entre le maintien en emploi et les volontés individuelles	23
3.2. LES EFFETS DE LA RETRAITE	24
3.2.1. Des travaux qui indiquent des effets positifs	24
3.2.2. Des travaux qui indiquent des effets négatifs.....	25
3.2.3. Des travaux qui indiquent l'absence d'effets	26
3.2.4. Conclusion provisoire	28
3.3. LES CIRCONSTANCES DE LA RETRAITE OU DU MAINTIEN EN EMPLOI	29
3.3.1. Le choix du statut d'emploi.....	29
3.3.2. La retraite des femmes.....	33
3.3.3. Les parcours d'emploi (instabilité et chômage)	35
3.3.4. Les inégalités sociales et les effets du travail sur la santé	37
CONCLUSION GÉNÉRALE	43
BIBLIOGRAPHIE.....	47
ANNEXE 1 BASES DE DONNÉES CONSULTÉES ET RÉSULTATS DES RECHERCHES	57
ANNEXE 2 CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.	Types de retraite et de maintien en emploi	5
Tableau II.	Activité, emploi et chômage, selon l'âge et selon le sexe, chez les 55 ans ou plus, Québec, 1976-2005 (pourcentages).....	7
Tableau III.	Activité, emploi et chômage, selon l'âge, chez les 45 ans ou plus, Québec, 2005 (pourcentages)	8
Tableau IV.	Raisons du départ de l'emploi selon le sexe, la profession et le secteur économique, travailleurs âgés de 55 à 69 ans, Canada, 1988-1989 (pourcentages)	11
Tableau V.	Taux d'activité selon l'âge et l'accès à un revenu de pension, Canada, 2003 (pourcentages)	12
Tableau VI.	Âge préféré et âge projeté de retraite chez les non-retraités âgés de 45 à 59 ans, Canada, 2002 (pourcentages).....	23
Tableau VII.	Raisons et conséquences de la retraite selon le choix ou l'absence de choix de la retraite, Canada, 2002 (pourcentages)	31
Tableau VIII.	Mortalité par catégorie socioprofessionnelle, hommes, France, 1982-1996 (pourcentages).....	41

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population québécoise est une préoccupation gouvernementale grandissante. Pour soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans son rôle de conseiller du gouvernement en matière de politiques publiques favorables à la santé, rôle confirmé par l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) a confié à l'Institut national de la recherche scientifique (INRS) le mandat de documenter l'impact sur la santé des travailleurs du maintien en emploi ou du retrait du marché du travail. Le présent rapport vise donc à répondre à la question suivante : quels sont les effets démontrés sur la santé physique et mentale de la retraite et du maintien en emploi, compte tenu des circonstances variées dans lesquelles ils se tiennent?

La première partie sera consacrée à une mise en contexte qui portera principalement sur l'activité et la sortie d'activité des travailleurs âgés. Nous y ferons état de la redéfinition récente de ces questions et nous tenterons de montrer que les notions de retraite et de maintien en emploi, si elles sont simples, de prime abord, sont, dans leurs manifestations, très diversifiées.

La deuxième partie fera état des démarches entreprises pour documenter les effets du maintien en emploi et de la retraite sur la santé. La documentation, notamment en ce qui concerne le maintien en emploi, est relativement rare. Nous tenterons de suggérer des explications à ce phénomène qui contraste avec la préoccupation sociale dont font l'objet la retraite et le maintien en emploi. Nous exposerons également les principales mesures employées dans les études recensées, de même que les limites méthodologiques qui y sont associées.

La troisième et dernière partie de ce rapport porte sur les résultats recensés dans la littérature. Dans un premier temps, nous présenterons les résultats pour le maintien en emploi en tant que tel, c'est-à-dire indépendamment des circonstances dans lesquelles il a lieu. Ce sera l'occasion également de discuter des tensions qui existent entre les volontés d'encourager le maintien en emploi et les aspirations à la retraite. Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats obtenus pour la retraite comme telle, à savoir, encore une fois, indépendamment des circonstances dans lesquelles elle a lieu. Enfin, nous traiterons de différentes circonstances qui font varier les résultats obtenus. Si la littérature portant directement sur les effets de la retraite ou du maintien en emploi sur la santé tient assez peu compte de ces circonstances, d'autres recherches, notamment celles sur les effets du chômage ou sur le vieillissement au travail, fournissent de multiples pistes de réflexion.

1. MISE EN CONTEXTE

1.1. LA REDÉFINITION DU VIEILLISSEMENT DE LA MAIN-D'OEUVRE

Sur un horizon d'une vingtaine d'années, nous avons été témoins d'une redéfinition du vieillissement des travailleurs. Durant les années 1980-1990, parallèlement aux grandes vagues de restructuration de l'économie capitaliste, les travailleurs vieillissants ont été définis comme groupe improductif à mettre au rancart en faveur des « jeunes » qui, dans plusieurs cas, n'ont pas pu en bénéficier étant données les pratiques d'attrition (Lesemann et D'Amours, 2006). Cette définition accompagne les nombreuses mises à la retraite prématurées et la baisse de l'activité sur le marché du travail du groupe des 55 ans ou plus. Ces pratiques, qui constituent un mode de gestion du volume des effectifs, ont normalisé la baisse de l'âge effectif de la prise de la retraite, souvent sans égard aux choix, ni aux besoins sociaux et financiers des individus concernés. Elles ont été socialement perçues comme une manière acceptable de réduire les effectifs des entreprises (Lesemann et D'Amours, 2006). Si la baisse d'activité rémunérée à partir de 55 ans est devenue une norme sociale et un statut valorisé, donc une aspiration, elle n'est pas d'abord le résultat d'une agrégation de choix individuels, mais bien celui d'une modification du marché du travail.

Depuis quelques années, face à une inquiétude relative à des pénuries éventuelles de main-d'oeuvre¹ et à la capacité des caisses de retraite d'absorber les effets du vieillissement de la population, on observe un relatif retournement de cette définition : les travailleurs vieillissants sont davantage dépeints comme une source d'expérience inestimable pour les entreprises et ils devraient être encouragés à demeurer en emploi (Lesemann et D'Amours, 2006).

La question qui se profile derrière les définitions des travailleurs vieillissants est donc, avant d'être celle du vieillissement de la population, celle du volume de la main-d'oeuvre, ou du volume du chômage (Dubois et Ntetu, 2002; Henrard, 2002; Taddei, Charpin, Davanne et Abitboul, 2000). De telles redéfinitions ne sont d'ailleurs pas inédites et accompagnent la perception du volume de main-d'oeuvre disponible et son coût éventuel (David, 1995).

La préoccupation pour le maintien en emploi répond d'abord à des fonctions politiques et économiques. Mais elle crée également de nouvelles images des travailleurs vieillissants. L'idée de vieillissement « actif » ou « productif » (« *productive aging* ») comporte le postulat que l'engagement productif est, en lui-même, une bonne chose (Morrow-Howell, Hinterlong, Sherraden et Rozario 2001, Taylor et Bengtson, 2001), autrement dit que le maintien durant la vieillesse des activités de l'âge adulte serait une garantie de vieillissement « réussi ». Mais pour certains ce postulat n'est pas confirmé par la recherche (Taylor et Bengtson, 2001) ou alors peu documenté (Richardson et Kilty, 1991) et peut-être fortement spéculatif, voire performatif. D'autres indiquent au contraire, que, tous types d'activités confondus (bénévolat, travail marchand, soins à autrui, etc.), les études portant sur la satisfaction, la santé et la

¹ Qu'il y a lieu de relativiser, voir à ce sujet Lagacé, 2005; Lesemann et Goyette, 2003; Hicks, 2003; Laroche, 2003.

santé mentale permettent de penser que l'engagement dans des rôles productifs est positif (Luoh et Herzog, 2002; Morrow-Howell, Hinterlong, Sherradon et Rozario 2001).

Par ailleurs, il est documenté que l'impact sur les individus est positif lorsque les activités sont choisies et pourvues de sens. Mais il y a des barrières à cet engagement productif (Hinterlong, Morrow-Howell et Sherraden, 2001; Estes et Mahakian, 2001). Ces barrières ne sont pas reconnues par les approches individualistes de l'activité sur le marché du travail qui la considèrent comme un choix ou un calcul rationnel. Les groupes discriminés sur le marché du travail (les femmes et les membres de minorités ethniques notamment) souffrent davantage de ces barrières tout au long de leur vie, ce qui restreint d'autant les options dont ils disposent à l'approche de la retraite (Hinterlong, Morrow-Howell et Sherraden, 2001).

1.2. LA VARIÉTÉ DES CONTEXTES DE LA PRISE DE RETRAITE ET DU MAINTIEN EN EMPLOI

L'interrogation sur d'éventuelles pénuries de main-d'oeuvre a entraîné tout un travail prescriptif, visant à définir des moyens considérés adéquats, surtout du point de vue des organisations, afin de retenir la main-d'oeuvre. Les connaissances sur la pénétration réelle de ces méthodes sont assez limitées, mais tout indique, au mieux, que leur utilisation n'est pas très répandue (Lagacé, 2005, Minni et Topiol, 2002²). Quoi qu'il en soit, ces travaux mettent le plus souvent de côté une question pourtant essentielle : qu'en est-il de la santé des travailleurs? Plus exactement, quels sont les effets du maintien en emploi, par comparaison avec les effets de la prise de retraite sur la santé des travailleurs?

La première réponse à cette question est qu'il faut la mettre en contexte : de quelle « retraite » ou de quel « maintien en emploi » parle-t-on? Les conditions de travail et de fortune ont leurs propres effets sur la capacité des travailleurs à demeurer en emploi et les trajectoires de retraites sont diversifiées. Les trajectoires d'emploi sont plus ou moins continues : le chômage peut précéder la retraite, une première retraite peut être suivie d'un retour au travail. Les modalités de la retraite (l'âge, le caractère volontaire ou non de la retraite) sont diversifiées.

On peut proposer qu'il existe une variété de scénarios possibles pour le maintien en emploi et la retraite et que les caractéristiques des travailleurs sont, elles aussi, à tenir en considération, car tous n'ont pas les mêmes moyens pour accéder à la retraite s'ils le veulent (revenu, patrimoine accumulé, accès à un régime de retraite) ou pour demeurer en emploi si c'est ce qu'ils souhaitent (reconnaissance des aptitudes professionnelles, santé, stabilité d'emploi). Le tableau suivant présente les scénarios qui ont orienté notre recherche d'information.

² Minni et Topiol (2002) font état des résultats d'une enquête menée par le ministère de l'Emploi de France, selon laquelle les stratégies de maintien en emploi de la part des entreprises sont rares (seulement 16,5 % des établissements ont eu recours à au moins une mesure en faveur des « seniors », résultat en partie gonflé par le recours aux préretraites), que le maintien en emploi des 50 ans ou plus n'est pas une préoccupation et que la mesure de gestion la plus utilisée pour cette catégorie d'âge est la cessation anticipée d'activité.

Tableau I. Types de retraite et de maintien en emploi

Scénario 1	Retraite précoce (avant 65 ans ou avant l'âge conventionnel dans le milieu) volontaire
Scénario 2	Retraite précoce avant 65 ans ou avant l'âge conventionnel dans le milieu) involontaire
Scénario 3	Chômage de longue durée suivi de la retraite sans emploi entre les deux périodes
Scénario 4	Chômage de longue durée et retour en emploi de compétences et de rétribution égales ou supérieures
Scénario 5	Chômage de longue durée et retour en emploi de compétences et de rétribution inférieures (déqualification)
Scénario 6	Retraite volontaire autour de 65 ans
Scénario 7	Retraite involontaire autour de 65 ans
Scénario 8	Maintien en emploi volontaire après 65 ans
Scénario 9	Maintien en emploi involontaire après 65 ans
Scénario 10	Retraite volontaire et retour au travail pour « réalisation »
Scénario 11	Retraite volontaire et retour au travail pour besoins financiers
Scénario 12	Retraite involontaire et retour au travail pour « réalisation »
Scénario 13	Retraite involontaire et retour au travail pour besoins financiers-assurance-santé

Source : Tourigny, A. (2006), *Réalisation d'un avis scientifique dans le cadre de l'article 54. Maintien en emploi ou retrait des salariés âgés : impacts sur la santé*, INSPQ, document de travail, novembre 2006.

1.3. L'ACTIVITÉ, LA RETRAITE ET LE MAINTIEN EN EMPLOI

À cette étape, il semble indispensable de problématiser la définition même de la retraite et celle du maintien en emploi. Ces notions, que nous avons utilisées jusqu'ici comme si elles allaient de soi, recouvrent en effet plusieurs réalités. Mais, et toujours dans la même perspective, faisons d'abord un détour pour examiner quelques données sur l'âge et l'activité professionnelle.

1.3.1. L'âge et l'activité

Si la vie s'allonge, la vie au travail s'est beaucoup raccourcie, comme plusieurs l'ont fait remarquer, que ce soit parce que le temps des études s'est allongé ou parce que l'âge effectif de la retraite s'est abaissé. Taddei, Charpin, Davanne et Abitboul (2000), suivant ici Gaullier (1999) décrivent comment les vagues successives de ce que l'on a appelé la « rationalisation des entreprises » ont contribué au phénomène. D'abord, surtout dans l'industrie, se produisent des réductions draconiennes d'effectifs qui visent au premier chef les travailleurs dans la soixantaine. Puis, lorsque les entreprises considèrent à nouveau qu'elles sont en situation de sureffectifs, elles auront recours aux mêmes méthodes, mais cette fois-ci, les travailleurs dans la deuxième moitié de la cinquantaine seront également ciblés. Et ainsi de suite, jusqu'à ce que le seuil de désignation du « travailleur vieillissant » atteigne 45 ans. Dans l'intervalle, le phénomène ne touche plus simplement l'industrie et le secteur privé, mais il atteint également les services et le secteur public. Bref, à mesure que l'on gère le volume d'emploi par des pratiques que l'on assimile, du coup, à la retraite, l'âge effectif de la cessation d'activités baisse et la situation est normalisée : les travailleurs « vieillissants » sont de plus en plus jeunes, situation qui se situe à l'exact contrepoint des discussions sur l'allongement de la vie professionnelle et du maintien en emploi.

Donc, l'abaissement de l'âge de la retraite dans les années 1980 et 1990 est fortement lié au contexte de chômage massif et certains auteurs pensent qu'une bonne partie des retraites anticipées constituaient en fait du « chômage déguisé » (Dubois et Ntetu, 2002; Henrard, 2002; Taddei, Charpin, Davanne et Abitboul, 2000). Pour certains travailleurs, ces retraites ont été prises dans de bonnes conditions qui les faisaient apparaître comme des « choix ». Il est vraisemblable que les prochaines périodes de chômage massif feront encore diminuer les pourcentages d'activité, et ce à tous âges, comme ce fut le cas chez les hommes, dans les années 1990, dans presque tous les groupes d'âge, mais de manière plus accentuée, certes, chez certains, les plus âgés notamment. Chez les femmes, dans le contexte d'une progression constante, sauf quelques fluctuations, ce déclin des années 1990 s'est vérifié dans trois groupes d'âge (15-19 ans, 55-59 ans et 60-64 ans). Le tableau suivant illustre les fluctuations de l'activité³ chez les 55 ans ou plus en mettant en relief les années où les taux les plus faibles et les plus élevés ont été atteints.

³ La notion d'«activité» regroupe les individus qui occupent un emploi et ceux qui sont chômeurs, à savoir les sans emplois qui cherchent du travail et qui sont disponibles à l'emploi. Au Canada, le taux global d'activité s'obtient en divisant le nombre d'actifs de 15 ou plus par le nombre de personnes de 15 ans ou plus dans la population non-militaire et non-institutionnalisée.

Tableau II. Activité, emploi et chômage, selon l'âge et selon le sexe, chez les 55 ans ou plus, Québec, 1976-2005 (pourcentages)

		Ensemble			Hommes			Femmes		
		Activité	Emploi	Chômage	Activité ⁴	Emploi	Chômage	Activité	Emploi	Chômage
55 ans ou plus	Taux minimum (année)	20,7 (1995-1996)	18,4 (1995)	5,0 (1976)	29,6 (1996)	26,6 (1995)	4,9 (1976)	13,1 (1991, 1992 ^a)	11,5 (1992 ^b)	5,4 (1976)
	Taux maximum (année)	29,3 (1976)	27,8 1976	12,5 (1993)	47,0 (1976)	44,7 (1976)	12,7 (1994)	20,8 (2005)	19,5 (2005)	13,7 (1993)
	Actuel (2005)	27,8	26,0	6,7	36,1	33,6	6,9	20,8	19,5	6,3
55 à 59 ans	Taux minimum (année)	52,3 (1986)	47,1 (1986)	5,1 (1976)	66,0 (1996)	58,7 (1994)	4,9 (1976)	28,9 (1977)	33,3 (1978)	5,6 (1976)
	Taux maximum (année)	62,1 (2005)	58,0 (2005)	12,2 (1994)	82,6 (1976)	78,5 (1976)	13,1 (1994)	52,9 (2004)	48,6 (2005)	14,0 (1993)
	Actuel (2005)	62,1	58,0	6,6	72,7	67,6	6,9	51,8	48,6	6,2
60 à 64 ans	Taux minimum (année)	26,0 (1996)	23,7 (1993, 1996)	6,1 (1976, 1979)	37,5 (1996)	34,0 (1996)	5,8 (1976)	15,1 (1986 ^c)	13,4 (1986 ^d)	6,1 (1990 ^e)
	Taux maximum (année)	40,8 (1976)	38,3 (1976)	14,5 (1993)	65,7 (1976)	62,0 (1976)	14,5 (1993)	28,1 (2005)	26,1 (2005)	14,5 (1993)
	Actuel (2005)	37,5	34,6	7,8	47,4	43,5	8,2	28,1	26,1	7,1

^a1976=14,4; ^b1976=13,6; ^c1976=18,4; ^d1976=17,1; ^e1976=7,0

Source : Statistique Canada (2006) *Revue chronologique de la population active 2005*, Ottawa : Statistique Canada, CD-ROM.

La comparaison des trois catégories d'âges présentées dans ce tableau fait bien ressortir les limites de l'utilisation de tranches d'âge très globales (55 ans ou plus dans ce cas). En effet, la situation des groupes d'âge précis (55 à 59 ans et 60 à 64 ans) est très différente de celle des grandes catégories. Le tableau suivant en donne une indication supplémentaire, cette fois en tenant compte des 45 ans ou plus (que l'on a parfois tendance à amalgamer sous l'appellation « travailleurs vieillissants »), hommes et femmes confondus, pour l'année 2005.

⁴ En 1953, le taux d'activité des hommes de 55 à 64 ans était de 86,5 %; en 1947, le taux d'activité des hommes de 65 ans ou plus était de 47,5 %. Chez les femmes, en 1954, le taux d'activité des 55 à 64 ans est de 12,9 %, alors qu'en 1964, à son sommet, celui des 65 ans ou plus est de 6,3 % (McDonald, 2006).

Tableau III. Activité, emploi et chômage, selon l'âge, chez les 45^a ans ou plus, Québec, 2005 (pourcentages)

	Activité		Emploi		Chômage	
40-44 ans	87,6		81,1		7,4	
45 ans ou plus	50,1	45-49 ans 87,2	46,8	45-49 ans 81,9	6,6	45-49 ans 6,2
		50-54 ans 81,9		50-54 ans 76,2		50-54 ans 7,0
55 ans ou plus	27,8	55-59 ans 62,1	26,0	55-59 ans 58,0	6,7	55-59 ans 6,6
		60-64 ans 37,5		60-64 ans 34,6		60-64 ans 7,8
65 ans ou plus	5,9	65-69 ans 13,0	5,7	65-69 ans 12,4	4,0	65-69 ans 4,2
		70 ans ou + 2,8		70 ans ou + 2,7		70 ans ou + Ø

^a Les indicateurs pour la catégorie des 40 à 44 ans sont cités à titre de comparaison. Si l'on considère l'ensemble de la population, cette catégorie est, avec celle des 35-39 ans, la plus active sur le marché du travail, avec quelques écarts en plus ou en moins si l'on observe la période débutant en 1976, sauf pour quelques années où l'écart dépasse quelque peu le 1 %.

Source : Statistique Canada (2006) *Revue chronologique de la population active 2005*, Ottawa : Statistique Canada, CD-ROM.

Si l'on considère le cas des hommes seulement (chez qui les plus grandes baisses d'activité ont eu lieu, chez les femmes, comme on sait, l'activité progresse, même si elle a connu quelque ralentissement au milieu des années 1990), et si l'on compare l'année 1976 à l'année 2005, les seules catégories d'âge où le niveau d'activité de 2005 a rattrapé celui de 1976 sont les 45-49 ans et les 50-54 ans. Pour toutes les autres catégories, les niveaux de 2005 sont encore inférieurs à ceux de 1976 (de 3 à 4 % avant 45 ans, de 10 % de 55 à 59 ans, de presque 20 % de 60 à 64 ans et de 4,5 % chez les 65 à 69 ans). À cet égard, la tendance chez les travailleurs plus âgés suit une tendance plus générale de la population active ce qui, dans la perspective d'une réflexion sur le « maintien en emploi » devrait nous inviter à considérer le fait que, malgré la diminution marquée du chômage, la « crise de l'emploi » n'est peut-être pas entièrement résorbée (hypothèse qui se renforce de la persistance du travail indépendant ou précaire).

Les inquiétudes sur le maintien en emploi se nourrissent de la projection, sur les cohortes à venir, des données des années 1990 sur les sorties d'activité. On observe toutefois une remontée de l'activité dans les cohortes plus âgées, même si cela ne nous dit rien, évidemment, sur le caractère passager ou durable de cette remontée. Par ailleurs, cette projection est peut-être une erreur de lecture car elle combine les réalités de cohortes distinctes pour en faire un modèle unifié de trajectoire prévisible. Ce faisant, on impute aux cohortes plus jeunes, qui entrent plus tard sur le marché du travail et qui sont souvent précaires durant très longtemps (pratiques d'embauche obligent), des possibilités et des comportements éventuels de retraite semblables à ceux de leurs aînés, notamment les *baby-boomers*. Mais les cohortes plus jeunes (celles qui ont atteint la vingtaine au milieu des années 1970 et par la suite) n'ont pas eu la facilité d'insertion des précédentes et toute leur

carrière est marquée de ces circonstances (Chauvel, 2006). Par conséquent, il est probable que leurs conditions et leurs options de retraite seront tout à fait différentes.

Par ailleurs, si les problèmes de santé augmentent avec l'âge, l'état de santé des travailleurs de 50 à 64 ans s'améliore et, en comparaison de celui des travailleurs dans la trentaine, il ne diffère pas nécessairement au point d'être invalidant même si à cet âge les invalidités sont plus nombreuses (Crompton, 1996), notamment chez les travailleurs dont les conditions de travail sont plus dommageables pour la santé. Globalement cependant les travailleurs canadiens vieillissent bien (Crompton, 1996). D'ailleurs, en général, les personnes âgées d'aujourd'hui sont plus actives et plus en santé que celles d'autrefois (Walker, 2002).

1.3.2. La retraite

Spontanément, on conçoit la retraite comme l'arrêt du travail rémunéré. Deux grandes conceptions sont associées à cet état. D'abord, la conception hédoniste de la retraite, associée au bien-être matériel, à la « liberté 55 », représente la retraite comme un moment de loisir où le retraité n'aurait qu'à se soucier de son plaisir et de sa satisfaction. C'est la conception la plus associée au discours sur l'injustice générationnelle. À l'autre extrême, on dépeint, parfois de façon misérabiliste, la retraite comme une période d'inactivité, comme un vide existentiel associé à la perte du travail, des stimulations et des contacts sociaux qu'il procure. Ces deux conceptions, bien qu'elles puissent refléter partiellement la réalité de certains retraités, manquent singulièrement de nuances et souffrent d'un manque d'ancrage dans la diversité des expériences.

La conception de la retraite comme « vide existentiel » suite à la perte du travail repose sur une conception particulière de l'activité, à savoir celle qui assimile activité et travail rémunéré. Crenner (2006) montre pourtant qu'en 2003, sept retraités Français sur dix ne faisaient pas référence à leur ancienne profession pour décrire leur identité, et que d'autres étiquettes prennent la place, dont celle de « retraité » qui est, en soi, un statut⁵. Dubois et Ntetu (2002), montrent que la plupart des anciens travailleurs qu'ils ont interrogés (n = 23) ont des vies bien remplies d'activités diverses, dont plusieurs étaient pratiquées à l'occasion avant la retraite. Delbès et Gaymu (2003) soulignent qu'il n'y a qu'une faible minorité de retraités (10 %) pour qui la retraite est assimilée à « l'abandon », à savoir au peu d'activités et de contacts sociaux. Si certains s'ennuient de leurs collègues, cela ne signifie pas pour autant qu'ils se sentent isolés ou esseulés (Mein et al., 1998).

Hinterlong, Morrow-Howell et Sherraden (2001) indiquent que les résultats de plusieurs études empiriques vont à l'encontre du stéréotype selon lequel le retrait du marché du travail est le prélude à une longue période d'oisiveté ou de loisirs hédonistes. Caro et Bass (1992), de même que Herzog et al. (1989) indiquent que s'il y a effectivement un déclin dans le nombre d'heures de travail rémunéré et de soin des enfants, le nombre d'heures consacrés au bénévolat, au travail domestique et à l'entretien de la maison ne décline nullement. Herzog et Morgan (1992) font pour leur part observer que la décision du retrait de l'activité rémunérée est une convention sociale qui ne correspond pas à l'arrêt des autres activités.

⁵ Les hommes citent plus souvent leur ancienne profession que les femmes, les cadres citent plus souvent leur ancienne profession que les ouvriers et ceux qui ont travaillé plus longtemps durant leur vie citent plus souvent leur ancienne profession que les autres.

La conception hédoniste de la retraite néglige également le fait que l'on ne peut raisonner comme si la « retraite anticipée » était la même chose pour tous et strictement une affaire de choix individuels. Certains emplois poussent à la retraite précoce, à cause de leurs caractéristiques délétères pour la santé physique ou mentale, la santé étant un facteur majeur de la prise de retraite (plus ou moins la moitié des retraites dites involontaires). Par ailleurs, comme on l'a vu, certaines organisations poussent à la retraite, par des incitations financières ou par simple éviction de la main-d'oeuvre plus âgée. Plus généralement, l'état du marché du travail pousse lui-même, par moments, à la retraite, lorsque les taux élevés de chômage défavorisent les travailleurs plus âgés. Il faut également noter que l'âge conventionnel de la retraite est variable selon les milieux. L'« horloge sociale » (McNamara, 2003) définit des attentes intériorisées quant à l'âge de la retraite, au moment adéquat de partir, attentes qui fixent la conception de soi comme retraité lorsque l'on ne travaille pas et qui servent de mesure aux attentes envers autrui. Enfin, l'âge du début de carrière est lui aussi à considérer (Molinié, 2001). Par exemple, un travailleur de 58 ans entré sur le marché du travail à 18 ans, a déjà 40 années de vie professionnelle derrière lui. Comme il est probablement d'une catégorie socioprofessionnelle moins favorisée, il risque également de mourir plus jeune et d'être en moins bonne santé.

Les situations sont donc diversifiées, comme en témoignent les types de sorties d'activité. Les indices existent pour parler de « nouveaux parcours », même s'il est difficile de conclure avec certitude sur cette question faute des données adéquates sur la situation qui prévalait avant (McDonald, 2006). Quoiqu'il en soit, le passage abrupt et net d'un emploi à l'inactivité est loin d'être un scénario universel.

Les sorties d'activité précoces peuvent être regroupées en deux grands types de statuts : les statuts assimilables au chômage et les statuts assimilables à la retraite (Crespo, 1999). L'expérience de sortie d'activité variera en fonction de la légitimité sociale du statut. D'Amours et Bisson (1998, d'après Crespo, 1999) soulignent que les conceptions contemporaines liées au travail font du chômage, particulièrement du chômage de longue durée, une expérience douloureuse qui peut être contrecarrée par une prise de distance par rapport à ce statut. Le passage à des statuts qui « déchargent de l'obligation sociale d'exercer un emploi » (Crespo, 1999, p. 89), atténue ces effets.

Les travailleurs déplacés suite à des licenciements collectifs ou des fermetures d'usines subissent des pertes importantes de gains d'emploi même après un retour en emploi. Statistique Canada (2007) rapporte en effet que la perte minimale dans de telles circonstances est de 9 %, ce taux s'accroît avec l'ancienneté.

Le travail indépendant peut être une des formes de transition entre l'emploi et la retraite. Il a connu au Canada, entre autres formes de travail dit « atypique », une augmentation importante jusqu'en 2000, puis sa croissance a ralenti (Nouroz, Stone et Randhawa, 2006). Les travailleurs indépendants prennent leur retraite au moins 2 ans plus tard en moyenne que les salariés. De 1976 à 2004, l'âge de la retraite fluctue, entre 65 à 67 ans chez les travailleurs indépendants, alors qu'il a tendance à la baisse d'environ 65 ans jusqu'à 60 ans chez les salariés (Nouroz, Stone et Randhawa, 2006). L'écart s'est donc agrandi.

On ne quitte pas son emploi pour les mêmes raisons selon le secteur où l'on oeuvre (Carrière, 1995), indication supplémentaire de la diversité des conditions du vieillissement en emploi (Lesemann et D'Amours, 2006). Carrière (1995), distingue le sort des travailleurs du « secteur central » (industries caractérisées par une productivité, des profits et un taux de syndicalisation plus élevés) et du « secteur périphérique ». Il en évalue les raisons de retraite, parce que, pense-t-il, on ne peut associer la hausse de l'inactivité des plus âgés à une baisse généralisée de l'âge de la retraite.

Tableau IV. Raisons du départ de l'emploi selon le sexe, la profession et le secteur économique, travailleurs âgés de 55 à 69 ans, Canada, 1988-1989 (pourcentages)

Raison du départ	Sexe		Profession		Secteur économique	
	Hommes	Femmes	Cols blancs	Cols bleus	Périphérie	Centre
Retraite	57,3	40,2	52,6	46,1	41,0	56,2
Maladie	4,9	13,5	7,8	9,5	8,4	8,5
Offre de travail						
Insatisfaction	4,1	6,2	4,4	6,0	6,3	4,1
Autre emploi	2,3	4,3	4,1	1,3	3,5	2,8
Autres	5,2	9,4	7,4	6,0	7,2	6,7
Demande de travail	20,0	19,7	18,4	22,5	28,6	14,3
Autres	6,2	6,7	5,3	8,6	5,0	7,4
Nombre de départs	163 226	115 003	177 841	100 388	181 260	234 520

Source : Carrière (1995), tableau 4, p. 233, d'après données non publiées de *L'enquête sur l'activité*, Statistique Canada.

On constate donc que le type d'entreprise pour lequel on travaille a une influence sur les raisons de départ. Les employés du centre sont à la fois plus susceptibles de partir en retraite (notion à relativiser parce qu'il y a beaucoup de retours en emploi après des périodes plus ou moins longues) et moins susceptibles de partir pour des raisons liées à la « demande de travail », catégorie où l'on retrouve les mises à pied, les licenciements collectifs, etc., donc une bonne part sans doute des « retraites involontaires ». Compte tenu de leurs conditions de travail, les salariés de la périphérie sont beaucoup plus susceptibles d'éprouver des difficultés financières (Carrière, 1995).

1.3.3. Le maintien en emploi

Le maintien en emploi est-il une possibilité ou une contrainte? On l'a vu, la baisse de l'activité chez les plus âgés est, en partie, le résultat de l'exclusion de la vie professionnelle d'actifs capables de travailler et souvent en besoin de le faire. Pour plusieurs, cette mise à l'écart équivaut à une disqualification. La première nécessité n'est pas, dans cette perspective, de rehausser l'âge de la retraite, mais bien de faire cesser l'exclusion.

Quoi qu'il en soit, le maintien en emploi est déjà une réalité pour une partie des individus de 55 ans ou plus, dont certains sont « retraités ». Selon les données de l'ESG (2002), après une première retraite, 24 % des hommes et 18 % des femmes occupent un emploi rémunéré, principalement à temps partiel, particulièrement dans les cas de retraite anticipée

ou obligatoire (McDonald, 2006). Au Québec, Michaud (2001) rapporte que parmi les retraités récents, quatre sur dix sont encore actifs sur le marché du travail ou veulent le demeurer. Le retour au travail après une retraite précoce est plus fréquent chez les gens en bonne santé, de même que chez ceux qui n'aiment pas la retraite ou chez ceux sont attachés au travail ou qui ont des besoins financiers, chez les hommes, chez les plus instruits et chez les travailleurs indépendants (Lesemann, 2006; Singh et Verma, 2001; Morrow-Howell, Hinterlong, Sherraden et Rozario 2001). Le maintien en emploi est principalement le fait de ceux qui sont attachés au travail et qui bénéficient des conditions qui produisent cet attachement (rétribution matérielle satisfaisante, travail gratifiant qui n'est pas dommageable pour la santé, reconnaissance, stimulation, etc.) et, à l'inverse, de ceux qui, n'ayant pas les moyens de prendre leur retraite (insuffisance de revenus, de patrimoine accumulé ou d'accès à des rentes de retraite) sont forcés de demeurer en emploi, même si, dans certains cas, ils aspirent à la retraite. Le tableau suivant illustre le phénomène en indiquant les taux d'activité en fonction de l'accès à un revenu de retraite. Sans accès à un tel revenu, l'activité est beaucoup plus élevée et l'écart s'accroît avec l'âge.

Tableau V. Taux d'activité selon l'âge et l'accès à un revenu de pension, Canada, 2003 (pourcentages)

	50 ans	59 ans
Avec pension	71	46
Sans pension	87	76

Source : Wannell (2007), d'après Statistique Canada, *Données administratives longitudinales*.

2. MÉTHODOLOGIE

Nous présentons maintenant les démarches ayant présidé à la collecte documentaire (excluant la mise en contexte). Nous discuterons de la rareté relative de la documentation des mesures employées dans ce champ de recherche de même que des limites les plus fréquemment citées de ces études.

2.1. DÉMARCHE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La description qui suit porte sur la recherche des documents ayant servi directement à répondre à la question à l'étude, à savoir quels sont les effets démontrés sur la santé physique et mentale de la retraite et du maintien en emploi, compte tenu des circonstances variées dans lesquelles ils se tiennent?

Dans un premier temps, nous avons consulté tous les textes accumulés lors de recherches antérieures sur des questions relatives au vieillissement en emploi (mise en oeuvre et évaluation d'un projet pilote de gestion de la main-d'oeuvre à l'endroit des travailleurs vieillissants, recherche sur les facteurs du vieillissement en emploi et au travail). De tous ces documents (textes eux-mêmes, bibliographies, références à des groupes de recherches, organisations de réflexion, ministères, etc.), nous avons extrait les quelques références bibliographiques susceptibles de nous mettre sur des pistes pertinentes, mais nous n'y avons trouvé aucune référence à la question de la présente recension de littérature.

Nous avons recherché sur internet des centres de recherche ou des organisations se préoccupant du vieillissement de la population, en particulier du vieillissement de la main-d'oeuvre. Nous y avons consulté systématiquement, le cas échéant, les sections suivantes (ou leurs équivalents) : description des organisations, de leurs activités et de leurs membres; activités en cours; recherches, publications, etc. Nous avons repéré au cours de ces recherches quelques références, très peu en fait.

La plus grande partie du travail a consisté à consulter des banques de données bibliographiques en sciences sociales, en psychologie et en santé. Nous avons également fait des recherches dans les catalogues universitaires de l'Université de Montréal, du réseau de l'Université du Québec et de la Bibliothèque Nationale du Québec. Les résultats, les bases de données consultées ainsi que les mots clefs employés sont décrits à l'annexe 1.

Constatant que la question à l'étude est relativement peu documentée, en particulier en ce qui concerne le maintien en emploi, nous avons fait des recherches très générales, produisant parfois un très grand nombre de résultats, dont nous avons établi la pertinence par la lecture du résumé et parfois de l'article lui-même, en tout ou en partie, pour tenter au mieux de ne pas omettre d'information pertinente. Outre le contenu, les critères suivants ont été utilisés pour inclure ou exclure les documents repérés :

- âge (en principe, 55 ans ou plus, toutefois, plusieurs textes pertinents portent sur des catégories d'âge différentes; nous avons conservé ces documents);

- disponibilité du document (la documentaliste de l'INRS⁶ a contribué à cette partie du travail);
- langue (anglais et français);
- période couverte (1995 et plus⁷);
- littérature non-normative⁸.

En somme, nous avons retenu tout document qui, directement ou indirectement, porte sur la santé en lien avec le maintien en emploi ou la retraite, pourvu qu'il y ait raison de penser que l'on ait des chances d'y trouver des informations sur l'effet de la retraite sur la santé et le bien-être des travailleurs de 55 ans ou plus ou sur l'effet du maintien en emploi sur la santé et le bien-être des travailleurs de 55 ans ou plus.

Outre les articles et les ouvrages portant sur les données contextuelles (activité, chômage, scénarios, etc.), nous avons repéré une quarantaine de documents, des articles surtout, dont la majorité portent sur les effets de la retraite. Afin d'éviter d'alourdir le texte, les détails techniques (populations de référence, échantillons, procédures d'analyse, mesures, etc.) sont présentés à l'annexe 2.

2.2. DE LA RELATIVE RARETÉ DE LA DOCUMENTATION

La présente recherche, ainsi que les remarques de plusieurs auteurs, indiquent qu'il y a, somme toute, peu de documentation, surtout sur le maintien en emploi. Dans une recension sur le maintien en emploi, Phillipson et Smith (2005) ne font pas état de ses effets sur la santé et notent qu'il s'agit d'une dimension qui n'est pas couverte. Morrow-Howell, Hinterlong et Sherraden (2001), font observer que l'activité durant la vieillesse semble avoir un impact positif sur les individus, mais que la question est relativement peu documentée et que les recherches portent surtout sur le bénévolat et les soins donnés à autrui. Calvo (2006) indique que les effets monétaires de l'allongement de la période d'activité professionnelle sont documentés, mais que très peu d'intérêt a été porté à ses aspects non monétaires incluant la santé. Bellaby (2006) indique que les débats sur les pensions et l'âge de la retraite ont très peu porté sur l'effet d'éventuelles hausses de l'âge des retraites sur la santé des populations. Hirsch (2000) note que les effets du désengagement du marché du travail sont très peu documentés. Bender (2004) indique, que dans la littérature économique, peu d'attention a été portée au bien-être des retraités, en dehors de la satisfaction financière. Enfin, Ross et Drentea (1998) et Drentea (2002) indiquent qu'il y a somme toute assez peu de recherche sur la retraite et le bien-être ou la détresse psychologique, car la plupart des recherches sur les effets de la retraite portent sur le moral, la satisfaction ou l'adaptation.

⁶ Que nous remercions au passage.

⁷ Dans certains cas, la période antérieure a été couverte. Par exemple, certains articles sont souvent cités dans les bibliographies des textes que nous avons sélectionnés.

⁸ La littérature normative sur les questions du vieillissement au travail et du vieillissement de la main-d'œuvre est très abondante. Elle est également très redondante. Parmi les textes normatifs, nombreux, que nous avons consultés au fil de nos recherches (courantes et antérieures) aucun ne comporte de trace de questionnement sur les thèmes à l'étude.

Outre ces nombreuses remarques, quelques autres indices sont révélateurs de la rareté des préoccupations pour cette question. La lecture de synthèses en gérontologie, certaines portant sur la notion même d'activité durant la vieillesse, n'indique pas la présence de telles préoccupations. Un autre indice réside dans la relative ancienneté des références qui sont citées, dans plusieurs articles, même récents, dans un univers de recherche où la nouveauté est pourtant la norme. Enfin, la consultation de rapports de diverses organisations préoccupées par les politiques sur le vieillissement de la main-d'œuvre donne une autre indication. Les rares traces de préoccupations pour la santé en relation avec le travail des travailleurs vieillissants que l'on y retrouve concerneront la nécessité de réorganiser le travail afin de conserver la main-d'œuvre ou de promouvoir la santé pour maintenir les capacités productives des travailleurs (santé comme « facteur de production »). Selon Cooke (2006), les approches politiques des six pays (Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas, Australie) ayant pris part au projet *Workforce Aging in the New Economy (WANE⁹)*, ne tiennent pas compte de l'hétérogénéité des parcours de vie et d'emploi, ni de la santé.

Cette situation, qui semble à première vue étonnante étant donnée la préoccupation actuelle pour les questions de retraite et de maintien en emploi, s'explique probablement de plusieurs manières, tenant du contexte et de la manière dont la question du vieillissement en emploi est actuellement posée. Premièrement, la question du maintien en emploi des travailleurs vieillissants ne se pose avec acuité que depuis peu de temps et dans le contexte du retrait prochain de la génération dite du *baby boom*. La revalorisation de la main-d'œuvre âgée qui en découle, même si elle n'est pas inédite, est, dans sa mouture actuelle, relativement récente. Deuxièmement, le facteur peut-être le plus déterminant est que la question du maintien en emploi (et celle de la retraite d'ailleurs) est posée à peu près exclusivement en termes économiques et en termes instrumentaux. La réflexion publique sur le vieillissement est centrée sur les impacts économiques, particulièrement sur les régimes de retraite, et sur le système de santé, souvent dans une perspective catastrophiste. La définition actuelle des politiques de maintien en emploi est axée à peu près exclusivement sur l'impact sur les caisses de retraite, sur le volume de main-d'œuvre disponible, sur la performance des entreprises et celle des économies nationales. La santé cadre mal dans ce type de préoccupations, essentiellement instrumentales. Enfin, à ce jour, la notion de « maintien en emploi » demeure une notion normative, voire performative, à savoir que l'on pose que les individus « devraient » demeurer en emploi, que l'on « devrait » promouvoir le maintien en emploi et que cette promotion « produira » du maintien en emploi. Mais peu de faits indiquent des pratiques réelles en ce sens, même s'il faut bien reconnaître que les taux d'activité ont augmenté chez les travailleurs les plus âgés. Cela s'explique toutefois probablement davantage par l'effet d'une baisse globale du chômage ainsi que par les tribulations boursières du début de la décennie et par le passage répandu des régimes à prestations déterminées aux régimes de retraite à cotisation déterminées (Lesemann et D'Amours, 2006; Cooke, 2006).

⁹ Des mesures pour encourager la participation des travailleurs dits âgés au marché du travail.

2.3. LES MESURES D'ACTIVITÉ ET DE SANTÉ EMPLOYÉES DANS LES ÉTUDES RECENSÉES

La complexité des scénarios esquissés dans la première partie de ce rapport se reflète dans la variété des mesures employées dans les études que nous avons consultées qui répercutent certes la disponibilité des données, mais également l'absence de définitions unanimes des concepts impliqués dans la présente recension.

Dans les études sur la santé des retraités, les mesures d'activité sont variables. La notion de *productive aging* a élargi la définition de la notion « d'activité productive »; seulement, il n'y a pas d'accord sur ce qu'en serait une liste adéquate et on y retrouve une large gamme d'activités, par exemple le jardinage, l'aide à autrui, le travail domestique, le travail rémunéré, le bénévolat. Étant données les différences majeures entre ces activités et le travail, il faut se demander si l'on peut, dans l'état actuel du fonctionnement des sociétés et compte tenu des contraintes institutionnelles et des profondes inégalités sociales associées au travail, amalgamer le travail rémunéré à toutes ces activités et en tirer des leçons sur le maintien en emploi. À notre sens, cela est fort peu vraisemblable, mais, objectivement, la question est ouverte. Quoi qu'il en soit, c'est le travail rémunéré qui fera l'objet de notre attention.

Si les mesures longitudinales sont très présentes (quoique parfois sur de courtes périodes et ne tenant pas compte des circonstances passées), plusieurs études établissent l'effet de la retraite en comparant des groupes de retraités et des groupes de travailleurs, idéalement en contrôlant l'âge et d'autres données socioéconomiques ou démographiques susceptibles d'avoir un impact. Par conséquent, même si la plupart des études que nous avons recensées portent sur les effets de la retraite, on peut y voir, en quelque sorte, le miroir de l'effet du maintien en emploi. Il faut toutefois tenir compte de l'effet de sélection qui fait l'objet de grandes discussions dans ce champ de recherche. Minkler (1981) le soulignait déjà et elle a été suivie par bien d'autres : les travailleurs en moins bonne santé tendent à quitter l'emploi plus jeunes. Par conséquent, les études qui portent sur les travailleurs approchant l'âge de la retraite portent, en même temps, sur un segment de la population de cet âge qui est en meilleure santé que la population totale de cet âge.

Les mesures de la retraite et de l'occupation d'un emploi varient. Souvent, elles sont le fait de l'auto-déclaration des répondants, ailleurs, elles seront fixées par l'établissement de critères de classement (toucher ou non un revenu de retraite, travailler moins d'un certain nombre d'heures, etc.).

La santé physique est, dans l'immense majorité des cas, mesurée par l'auto-déclaration des répondants, soit par des questions portant sur l'état de santé global ou sur la perception d'un changement dans l'état de santé entre deux périodes définies, soit par les réponses à une série de questions portant sur des indicateurs de santé, diagnostiqués cliniquement ou non (listes de maladies, limitations fonctionnelles, incapacités, condition physique, comportements sanitaires). Dans quelques très rares cas, les données proviennent d'examen cliniques.

Étant donnée la complexité du concept, il n'est pas surprenant que les mesures de santé mentale soient variées... et contestées. La littérature sur les effets de la retraite utilise massivement les concepts d'adaptation, de moral et de satisfaction, comme le soulignent plusieurs auteurs (parmi d'autres, Drentea, 2002; Ross et Drentea, 1998; Warr, 1998; Bossé et al., 1987; Jakubowski, 1985). Or, si ces mesures peuvent être vues comme des reflets partiels de la santé mentale, elles n'en sont pas l'équivalent, même si un certain glissement de sens en font des mesures apparentées (Kasl, 1979, d'après Bossé et al., 1987). Jakubowski (1985) affirme que les indices de moral ou de satisfaction ne peuvent être assimilés à des troubles mentaux, qu'il s'agit de différences de nature et non pas de degré. L'adaptation, par ailleurs, ne nous semble pas forcément un signe de santé mentale, parce que, par exemple, « s'adapter » à une situation pathogène est possible, mais pas nécessairement souhaitable du point de vue de la santé. On peut, au passage, en dire autant pour la santé physique : on ne ressent pas nécessairement les nuisances du travail lorsqu'elles sont présentes, mais cela ne les empêche pas pour autant de produire leurs effets (Lasfargues, 2005). Enfin, les mesures comme la « satisfaction » et « l'adaptation » reflètent tout autant les attentes (tacites dans les enquêtes) des répondants que des problèmes objectifs (Drentea, 2002). Les mesures telles la dépression ou l'anxiété sont probablement, de ce point de vue, de meilleures mesures des conséquences psychologiques de la retraite (Drentea, 2002).

Pour ces raisons, les mesures de santé mentale que nous avons retenues sont, principalement, la dépression et l'anxiété, les mesures les plus fréquentes de troubles psychologiques. L'anxiété n'est, toutefois, pas nécessairement un signe de troubles psychologiques (Warr, 1998). En effet, seulement l'anxiété sévère ou de longue durée peut être associée à des troubles psychologiques, parce que, par exemple, des tâches très exigeantes et stimulantes peuvent générer une anxiété de courte durée qui n'est pas un trouble psychologique (Warr, 1998). Toutefois, comme c'est une mesure validée et courante des troubles psychologiques, nous l'avons incluse dans notre recherche et nous la tenons pour acquise. Nous avons tout de même retenu quelques travaux sur l'adaptation ou la satisfaction lorsqu'ils nous semblaient apporter des informations supplémentaires, surtout sur des pistes non couvertes par les travaux sur les troubles psychologiques comme tels.

2.4. LES LIMITES DES ÉTUDES

Dans plusieurs cas, les études que nous avons consultées bénéficient d'appareillages statistiques raffinés et, dans certains cas, de sources de données fiables, bien construites et d'échantillons de grande taille. Ce domaine de recherche, comme les autres, a progressé, et continue de le faire, sur la base des lectures critiques des membres de la communauté qui l'anime. Par conséquent, plusieurs limites sont rapportées dans les études que nous avons consultées. Sans citer à chaque fois tous les auteurs qui les mentionnent, nous présentons les plus courantes.

La première limite porte sur les échantillons. Certains sont de faible taille ou encore non aléatoires ou les deux (Charles, 2002). Par ailleurs, certaines études sont restreintes à certaines populations, notamment les hommes (Neuman, 2004; Richardson, 1999) ou les plus scolarisés.

La deuxième série de limites porte sur les mesures, notamment sur les mesures de la santé (Mein et al., 2003; Ekerdt et al., 1983). Nous avons vu, dans la section précédente, que les mesures sont variées, et au premier chapitre, que la retraite et le maintien en emploi, s'ils sont, de prime abord, faciles à saisir, recourent en fait plusieurs réalités.

La troisième série de limites concerne la difficulté de distinguer les effets de la retraite et les effets d'autres événements qui entrent en jeu simultanément. Il est d'abord difficile de distinguer les effets de la retraite et ceux de l'âge qui sont souvent confondus (Mein et al., 1997; Minkler, 1981). Le vieillissement au travail, tout comme la retraite, c'est aussi le vieillissement tout court, associé à des déclin de la santé et des capacités fonctionnelles, même s'il ne mène pas automatiquement à des maladies ou des incapacités graves. Plus largement, on rapporte fréquemment l'absence de distinction entre les effets de la retraite et les effets de certaines circonstances souvent associées à la retraite, par exemple la baisse des revenus ou du prestige associé à l'emploi, les conditions de travail antérieures, le fait que la retraite soit volontaire ou non (Neuman, 2004; Charles, 2002; Mein et al., 1997; Minkler, 1981). L'emploi antérieur, s'il est parfois mesuré et utilisé comme variable contrôle, ne fait qu'exceptionnellement l'objet d'analyses détaillées. En d'autres termes, et cela nous semble fondamental, la description des effets du maintien en emploi ou de la retraite se fait, la plupart du temps, dans l'abstraction des conditions de travail et de la nature des tâches auxquelles sont exposés les individus. Nous y reviendrons.

Le problème le plus souvent mentionné et assumé par les chercheurs eux-mêmes, réside dans la difficulté à différencier l'état de santé comme cause de l'entrée en retraite ou du maintien en emploi et la retraite ou le travail comme cause de l'état de santé (Charles, 2002; Minkler, 1981). On a de bonnes raisons de croire que si les travailleurs plus âgés sont en meilleure santé, c'est moins parce que le « travail c'est la santé », que parce que la « santé c'est le travail ». En d'autres termes, il y a ici un effet de sélection : les travailleurs les plus âgés sont aussi les travailleurs qui sont en santé, parce que la mauvaise santé est la cause première de retraite, particulièrement de retraite précoce. Cette variable est souvent prise en considération dans les études, mais, comme il ne s'agit pas nécessairement d'études longitudinales, et comme les études longitudinales sont parfois faites seulement sur de courtes périodes, les liens de causalité sont difficiles à établir, comme nous l'avons fait remarquer plus haut.

Enfin, il s'agit d'un domaine de recherche nettement sous-théorisé : les données disponibles sont mises en relation les unes avec les autres, selon un modèle qui devient de plus en plus routinier, mais les interprétations et les cadres explicatifs sont, somme toute, assez minimaux. À cet égard, on a fait remarquer que les effets négatifs imputés à la retraite trouvent peu d'appui empirique dans les études bien construites, sauf pour certains cas. Cela serait dû en partie aux postulats liés à l'activité, notamment à l'importance culturelle du travail et à la conception de la retraite comme « événement stressant » ou « perte de rôle » (Shaw et al., 1998; Ekerdt, 1987; Minkler, 1981).

On a aussi noté que les cadres institutionnels varient, ce qui a un impact sur les résultats liés à la retraite ou à l'activité (Neuman, 2004). L'étude de Burnay, Kiss et Malchaire (2005), menée en Belgique (1992-2000), auprès de 5790 individus âgés de 65 ans ou moins, illustre bien le phénomène. On y montre que les effets sur la santé psychologique de la retraite et du chômage sont similaires en fin de carrière. La clef de ce résultat se trouve dans les modes d'indemnisation du chômage chez les travailleurs plus âgés, ce que soulignent, adéquatement, les auteurs de l'étude. Par conséquent, une remarque importante s'impose pour la lecture des résultats qui suivent. La plus grande partie des recherches recensées ont été faites dans le monde anglo-saxon, aux États-Unis notamment. Étant données les différences dans les structures économiques et étatiques entre le Québec et les États-Unis, il peut être difficile de généraliser ces résultats comme tels à la situation québécoise. Toutefois, dans l'ensemble, les résultats sont assez convergents d'un pays à l'autre pour indiquer qu'ils sont sources d'enseignement pour le Québec.

3. RÉSULTATS

Nous présenterons, dans un premier temps, les résultats les plus généraux que l'on peut tirer de cette littérature, à savoir les effets du maintien en emploi et de la retraite sur la santé tant physique que psychologique. Par la suite, nous verrons quelles sont les circonstances qui doivent être considérées pour mieux évaluer ces effets. D'entrée de jeu, malgré les contradictions des recherches et les nombreuses complications liées à l'étude de cette question, il nous semble raisonnable de conclure qu'en eux-mêmes, la retraite et le maintien en emploi n'ont pas d'effets notables sur la santé. Toutefois, les circonstances qui les entourent sont, elles, de la toute première importance.

3.1. LES EFFETS DU MAINTIEN EN EMPLOI

Dans le contexte de conditions de travail qui ne seraient pas nuisibles pour la santé, de rémunération juste, de travail épanouissant, mais, surtout, de travail choisi, très peu d'indications existent, dans la littérature consultée, que le maintien en emploi est, en-lui-même, un facteur négatif pour la santé. Mais rien n'indique non plus qu'il soit positif.

3.1.1. *Des travaux qui indiquent des effets positifs*

Selon Calvo (2006), les travaux sur la santé durant le vieillissement, suggèrent que le fait de travailler plus tard dans la vie pourrait avoir des effets positifs tant au plan physique que physiologique. Ce raisonnement découle du fait que travail est associé à l'activité en général, posée comme ayant des effets bienfaisants sur la santé et du fait que la retraite est vue comme une perte de rôle sociaux, ayant des effets négatifs. L'effet du maintien en emploi, en lui-même, par opposition à la retraite, n'est, toutefois à peu près pas documenté dit Calvo (2006). Il s'agit donc, en l'état actuel des connaissances, d'un postulat bien davantage que d'une conclusion appuyée par des données de recherche.

Quelques recherches indiquent que le travail chez les travailleurs âgés a des effets positifs sur la santé physique et mentale (Bossé et al. 1990, cité par Calvo, 2006; Erickson et al., 1986 cité par Calvo, 2006; Luoh et Herzog, 2002; Herzog, House et Morgan, 1991). Plusieurs de ces études, fait observer Calvo (2006) ne tiennent pas compte d'un possible effet de sélection car elles comparent des groupes différents dans un seul temps. Calvo analysera donc des données longitudinales (2000 et 2002). Les résultats indiquent que ceux qui étaient en emploi en 2000 avaient tendance à avoir un plus grand bien-être deux ans plus tard que ceux qui ne l'étaient pas : le fait de travailler réduit la probabilité de déclarer une mauvaise santé physique, de rapporter des limitations d'activités et de rapporter la dépression, le sentiment de solitude ou le malheur. Cela protégerait également de la mortalité. L'auteur contrôle ensuite les indicateurs de santé en 1998 parce qu'ils sont corrélés à ceux de 2002. Une fois cette corrélation contrôlée, l'effet du travail demeure. Toutefois, l'auteur ne neutralise pas entièrement l'effet de sélection parce que son modèle omet de corrélérer la santé antérieure (1998) et le statut d'emploi (2000). À notre avis, il demeure impossible de savoir s'il s'agit d'un effet de causalité ou de sélection, contrairement à ce qu'affirme l'auteur.

Ceux qui prennent leur retraite plus tard ont une plus grande longévité et moins de risque de morbidité que les autres. Le maintien en emploi est une occasion d'activité physique, qui n'est pas toujours compensée par de l'activité physique à la retraite (Ohruï et al., 2004). Cette conclusion est tirée sur la base d'une étude menée au Japon, auprès des hommes parmi les plus instruits de la population, à savoir des diplômés d'une école universitaire de génie, on ne saurait donc en généraliser les résultats, même si, sur cette base, ses auteurs recommandent le maintien en emploi pour tous.

Si on assimile « activité » et « maintien en emploi », des indices existent que le fait de travailler pourrait être bénéfique pour la santé chez certains. Pour Luoh et Herzog (2002) qui ont étudié les étatsuniens les plus âgés (75 ans ou plus), l'activité, bénévole ou rémunérée, est bénéfique pour la santé. Toutefois, les niveaux d'activité requis sont très faibles, car il s'agit de 100 heures par année. Il semble que les augmentations d'activité au-delà de ce seuil n'aient pas d'effets. De plus, le contrôle des variables sociodémographiques et de la santé diminue significativement, sans l'éliminer, le bienfait de l'activité.

Hinterlong (2006), sur la base d'une étude menée auprès d'étatsuniens de 60 ans ou plus, constate que l'activité productive (définie comme travail rémunéré, soins à autrui, bénévolat) est positive pour la santé. L'étude spécifiquement conçue pour mesurer les écarts entre les afro-américains (qui sont plus susceptibles d'occuper un emploi rémunéré) et les autres groupes de la population ne constate aucune différence lorsque les variables socioéconomiques et la santé antérieure sont contrôlées. De même, l'inclusion d'un ratio entre travail rémunéré et activité non rémunérée ne change pas le résultat (ce qui indique que c'est l'activité qui a un effet, et pas nécessairement le travail rémunéré en soi). Par ailleurs, c'est la variété des engagements dits productifs qui a le plus d'effet, et non pas la quantité d'heures passées à des activités.

3.1.2. Des travaux qui indiquent des effets négatifs

Chez les travailleurs belges les plus âgés (Burnay, Kiss et Malchaire, 2005), les troubles psychologiques sont plus fréquents que chez les autres catégories de la population du même âge (les préretraités ou les sans emploi). Il faut toutefois noter que la catégorie des travailleurs inclut ici non seulement ceux qui ont un emploi stable, mais également les travailleurs temporaires et ceux qui vivent de l'insécurité d'emploi (dont on peut penser que la santé psychologique est plus affectée).

Quoiqu'il le fasse dans une perspective économique, Bellaby (2006) nous présente la seule étude qui pose aussi directement et en détails la question politique du lien entre le prolongement de la vie active et la santé des travailleurs. Notons que nous classons les résultats ici, mais les conclusions sont un peu plus complexes (comme c'est souvent le cas d'ailleurs). L'auteur pose que les débats sur les pensions et l'âge de la retraite ont peu porté sur le lien entre d'éventuelles hausses de l'âge de la retraite et la santé des différents groupes de population qui y seraient soumis. Partant du cas britannique, il s'interroge sur la restructuration économique des années 1980 qui a mené à plusieurs retraites anticipées et se demande si elles ont eu pour effet de retirer de l'activité des individus en bonne santé et si d'éventuels prolongements de la vie professionnelle feraient croître les inégalités sociales. Sa réponse à la première question est qu'effectivement, ces retraits ont soustrait de l'activité

de larges groupes de la population en santé et capables de travailler (même si les retraits ont été plus fréquents chez ceux dont la santé était mauvaise). Au sujet des inégalités, l'auteur indique que les limitations apparaissent graduellement durant la vie active et que les travailleurs manuels sont plus touchés et sont touchés plus jeunes. Par ailleurs, la prévalence des limitations diminue à la retraite.

3.1.3. Des tensions entre le maintien en emploi et les volontés individuelles

Au-delà de ces résultats sur la santé, les valeurs et les projets de retraite des citoyens vont, pour la majorité, à l'encontre de l'extension de la vie professionnelle, ce qui a une importance sur la santé et le bien-être en ce que les statuts choisis volontairement sont probablement leurs meilleurs déterminants (nous y reviendrons lorsque nous ferons l'analyse des circonstances pertinentes). La retraite est, en effet, une norme et un statut social valorisé. Les gens aspirent à la retraite et une grande partie d'entre eux prendraient leur retraite plus tôt s'ils le pouvaient, comme l'indique le tableau suivant.

Tableau VI. Âge préféré et âge projeté de retraite chez les non-retraités âgés de 45 à 59 ans, Canada, 2002 (pourcentages)

	L'âge préféré de retraite est...			Total
	inférieur à l'âge projeté	le même que l'âge projeté	supérieur à l'âge projeté	
Ensemble	65,2	31,7	3,0	100,0
Hommes	67,1	29,8	3,1	100,0
Femmes	63,2	33,9	2,9	100,0
Âge projeté de retraite				
- de 60 ans	53,4	42,7	3,9	100,0
60 à 64 ans	68,9	29,5	s.o.	100,0
65 ans	74,4	21,7	3,9	100,0
65 ans ou +	57,6	41,1	s.o.	100,0

s.o. : La taille du sous-échantillon est trop petite pour une estimation sûre.

Source : Schellenberg (2004), tableau 2.8., p. 32, d'après les données de l'*Enquête sociale générale* de 2002.

Par ailleurs, bien que certains retraités lui associent des inconvénients, la retraite est bien vécue par l'immense majorité des populations interrogées, ce que rapportent des données canadiennes (88 % considèrent que leur vie est aussi agréable ou plus agréable qu'avant, selon Schellenberg, Turcotte et Ram, 2005), françaises (presque autant de français ont une opinion similaire, Crenner, 2006, Molinié, 2003) et étatsuniennes (Bender, 2004). Bien entendu, cette satisfaction est inégalement répartie. La situation financière, l'état de santé, la situation familiale, la préparation de la retraite et son caractère choisi ou non font varier l'appréciation (Crenner, 2006; Schultz, Morton et Weckerle, 1998; Elder et Rudolph, 1999).

À certaines conditions cependant, le prolongement de la vie active aurait été souhaité par une partie de la population, ce qui aurait des répercussions sur l'offre de main-d'oeuvre (Projet de recherche sur les politiques, 2005, d'après des données de Statistique Canada,

2004¹⁰). Puisque la retraite n'a pas nécessairement lieu au moment choisi par les travailleurs, environ 25 % d'entre eux reviennent sur le marché du travail. Un quart des travailleurs âgés ne prévoient pas partir en retraite. Un tiers des retraités affirment qu'ils auraient travaillé plus longtemps si, par exemple, ils avaient pu réduire leurs heures de travail, être mieux rémunérés, accomplir des tâches différentes, etc. Une certaine proportion des retraités (26 %) auraient travaillé plus longtemps s'ils avaient été en meilleure santé.

3.2. LES EFFETS DE LA RETRAITE

Les résultats pour la retraite sont contradictoires, mais, dans l'ensemble, il est permis de conclure, prudemment, que la retraite n'a pas, en elle-même, d'effets négatifs sur la santé, pourvu qu'elle se prenne dans des conditions matérielles et sociales convenables et, surtout, qu'elle soit volontaire. En fait, la conclusion la plus générale que l'on pourrait tirer à propos de la retraite est celle de la recension de Marshall et Clarke (1998, citée dans Marshall, Clarke et Ballantyne, 2001), à savoir que la littérature suggère que la retraite est neutre ou positive pour la santé, sauf en ce qui concerne la retraite involontaire qui, elle, est négative pour la santé.

3.2.1. Des travaux qui indiquent des effets positifs

Pour les hommes qui ont connu des conditions de travail délétères (stress au travail, horaires imprévisibles, contrôle excessif, travail ennuyeux, faible rémunération, insécurité d'emploi, etc.), la retraite est une expérience positive, ce qui n'est pas vrai pour les femmes (Wheaton, 1990, cité par Neuman, 2004).

Theorell (2001) rapporte qu'en Suède, les hommes et les femmes de classes défavorisées sont en moins bonne santé. Il indique que ces données montrent une amélioration de la santé suivant la retraite. C'est, pense-t-il, parce que le contrôle au travail est moins grand dans ces groupes, contrôle au travail qui est associé à de moins bons états de santé.

Pour Gall, Evans et Howard (1997), il faut tenir compte de la durée de la retraite pour en évaluer les effets; les effets de la retraite sont susceptibles de varier à court et à long terme, parce que s'il y a déclin, il est graduel plutôt que soudain. C'est exactement ce qu'ils observent dans un échantillon de 224 hommes de London (Ontario) recrutés par des contacts auprès d'entreprises et de médias. À court terme, les auteurs constatent une baisse de la détresse psychologique, ainsi qu'une augmentation de l'énergie et de la satisfaction. À long terme, la santé, tant psychologique que physique se détériore. Les auteurs estiment qu'il s'agit probablement d'un effet de l'avancée en âge. Il n'y a pas réellement d'indications que la retraite est un événement stressant, même qu'au point de départ, la retraite a des effets positifs.

¹⁰ Schellenberg, G. (2004) « Projets et attentes des Canadiens non retraités de 45 à 59 ans en matière de retraite », Ottawa : Statistique Canada et Schellenberg et Silver (2004) « On ne peut pas toujours avoir ce que l'on veut : préférences et expériences de retraite », Ottawa : Statistique Canada.

Charles (2002) utilise un échantillon d'hommes âgés dans la soixantaine et la septantaine pour mesurer la dépression et la solitude. Il contrôle ces variables par l'effet des changements dans l'environnement de la retraite (abolition de l'âge obligatoire de retraite et incitations et obligations relatives aux amendements de la sécurité sociale aux États-Unis qui se voulaient des incitations à demeurer plus longtemps en emploi et donc, des contraintes sur les choix individuels). Les résultats font ressortir que sans contrôle des variables environnementales, l'effet de la retraite sur le bien-être est négatif, ce qui confirme les résultats de plusieurs enquêtes antérieures. Toutefois, lorsque les variables environnementales sont contrôlées, l'effet de la retraite est positif. L'auteur en conclut que si plusieurs études rapportent des effets négatifs, c'est qu'elles ne tiennent pas compte des circonstances entourant la retraite.

3.2.2. Des travaux qui indiquent des effets négatifs

Buxton, Singleton et Melzer (2005) rapportent, à partir d'un échantillon de travailleurs et de retraités britanniques âgés de 50 à 64 ans que la santé (physique et mentale) des travailleurs est bien meilleure que celle des retraités. Toutefois, cette dernière catégorie inclut tous les inactifs, pourvu qu'ils aient occupé un emploi depuis l'âge de 50 ans. On y retrouve donc les retraités, les ménagères ainsi que les inactifs pour cause de maladie ou d'incapacité. De même, la catégorie des actifs amalgame les travailleurs et les chômeurs.

À partir d'un échantillon tiré du *Health and Retirement Study* suivi sur 11 ans (1992-2003), Dhaval, Rashad et Spasojevic (2006) indiquent que la retraite complète est associée à la diminution de la mobilité, de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne ainsi qu'à l'augmentation des maladies et des troubles mentaux et ce, même en contrôlant la santé antérieure et les variables sociodémographiques d'usage. Une partie de la corrélation s'explique par le fait que certaines retraites sont prises pour des raisons de santé. La retraite partielle a moins d'effets que la retraite complète (Bossé et al., 1987, affirment au contraire que cela ne fait aucune différence). Toutefois, il n'y a aucune mesure des circonstances de la retraite, notamment de son caractère volontaire ou non.

Bossé, Aldwin, Levenson et Ekerdt (1987) observent plusieurs effets négatifs de la retraite, ce qui contredit leur hypothèse de départ. Les retraités, même en contrôlant l'âge, rapportent plus de problèmes de santé physique. Les retraités, même en contrôlant les problèmes de santé physique, rapportent plus de symptômes liés à la dépression. Chez les retraités, il n'y a pas de différence de symptômes liés à la dépression entre ceux qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas (contrairement à Dhaval, Rashad et Spasojevic, 2004). Il n'y a pas de lien entre la durée de la retraite et les symptômes dépressifs. Cette analyse, rapportent ses auteurs, ne permet toutefois pas de déterminer si la retraite est la cause de ces observations ou s'il s'agit d'un effet de sélection. De plus, constatent-ils, ces effets disparaissent lorsque l'on tient compte de l'âge de la retraite : ceux qui ont pris leur retraite prématurément et les autres, les personnes ayant pris leur retraite prématurément rapportant plus de symptômes dépressifs, ce qui tend, à nouveau, à indiquer que les circonstances de la retraite sont plus déterminantes que la retraite elle-même.

Lefrançois, Dubé, Leclerc, Hamel et Gaulin (2001) tentent d'évaluer la mesure dans laquelle les ressources psychosociales des individus les protègent des effets négatifs sur la santé des événements stressants auxquels ils font face. S'agissant de la retraite, l'analyse présentée fait ressortir que les ressources protègent effectivement les individus de la détresse psychologique.

3.2.3. Des travaux qui indiquent l'absence d'effets

Assez rapidement, du moins c'est ce que l'on peut constater à la lecture de textes remontant au milieu des années 1980, et si l'on fait exception des conclusions qui attribuent à la retraite un effet protecteur sur la santé de ceux qui sont exposés à des conditions pénibles de travail, un consensus semble s'être établi sur l'absence d'effets de la retraite sur la santé physique. Cela explique sans doute en partie que nous ayons trouvé, somme toute, très peu de documentation sur cette question.

Ekerdt et al. (1983) présentent l'une des rares études basées sur des examens médicaux. Leurs résultats, basés sur des examens périodiques aux trois à quatre ans, indiquent que, chez les individus âgés de 55 à 70 ans, la santé décline, tant chez les travailleurs que chez les retraités, et qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes lorsque l'on contrôle l'âge et que l'on exclut de l'analyse les personnes retraitées pour raison de santé. Dans le groupe des retraités, ni le caractère volontaire ou non de la retraite, ni la baisse du niveau de vie ne font varier les résultats, ce qui est exceptionnel dans les deux cas. Il faut noter qu'il s'agit d'un échantillon de volontaires. Ekerdt et al. (1983) rapportent que la seule étude qui, à leur connaissance, ait été faite préalablement à partir d'examens médicaux révélait, pour sa part, une amélioration de l'état de santé suite à la retraite (Thompson et Streib, 1958).

Martikainen et al. (2003) rapportent, sur la base des résultats de l'étude *Whitehall II*, des résultats similaires à ceux d'Ekerdt et al. (1983) en ce que tant chez les retraités que chez ceux qui demeurent en emploi (âgés dans la deuxième moitié de la cinquantaine dans les deux cas), il y a un déclin de la santé physique et que, donc, la retraite ne peut être mise en cause. Il s'agit plutôt d'un phénomène lié à l'âge, et, d'ailleurs, les problèmes de santé physique sont loin d'être la règle. Il y a, toutefois, un déclin du fonctionnement mental chez les travailleurs, situation qui s'améliore chez les travailleurs des grades supérieurs une fois qu'ils prennent leur retraite. Donc, à l'égard du fonctionnement mental, il n'y aurait pas non plus de différence pour la plupart des catégories, à part l'amélioration (et non le déclin) constatée chez certains.

Fonseca et Paúl (2004), sur la base d'un échantillon « boule de neige » de 100 retraités et travailleurs portugais, indiquent qu'il n'y a pas de différence de santé physique, mesurée par l'auto-évaluation globale ou de condition physique entre les retraités et les non-retraités. Ces derniers, toutefois, sont plus susceptibles d'affirmer qu'une condition de santé limite leurs activités. Peut-être, pensons-nous, peut-on y voir une indication que les limitations sont plus dérangementantes lorsque l'on occupe un emploi, car les contraintes aux résultats sont plus élevées? Les non-retraités rapportent également plus de problèmes de santé. En somme, la transition vers la retraite peut difficilement être considérée comme nuisible à la santé; ces données donnent même des indices du contraire. Toutefois, parmi les retraités, ceux qui rapportent une détérioration de leur santé, même s'ils sont minoritaires, affirment que cet

état s'est produit depuis un an, donc après la retraite. On peut donc penser que pour une petite partie de la population, la retraite est associée à des problèmes pour la santé, ou alors qu'il s'agit d'une coïncidence.

Dans une étude qualitative (échantillon de 25 retraités âgés de 57 à 65 ans ayant pris leur retraite moins de deux ans avant l'entrevue, recrutés parmi les participants de *Whitehall II*), Mein et al. (1998) rapportent que les participants n'indiquent pas, sauf de très rares exceptions, de déclin de leur santé depuis la retraite, même si certains rapportent des problèmes de santé qui existaient déjà. Toutefois, et ce sont les répondants qui le disent eux-mêmes, la santé est une des plus importantes préoccupations pour l'avenir¹¹ (avec les revenus). Quelques répondants ont affirmé que la retraite n'entraîne pas de problèmes de santé, mais qu'elle fait en sorte que l'on a plus de temps pour y penser et que, dans les faits, on y pense davantage. Ce qui amène les auteurs à conclure, de manière tout à fait pertinente à notre sens, que la préoccupation pour la santé est un reflet de l'adhésion graduelle au rôle social de « personne âgée ».

Au plan de la santé mentale, le débat reste ouvert. Mais de nombreuses études montrent qu'une fois les variables socioéconomiques et démographiques contrôlées, et une fois tenu compte du caractère volontaire ou non de la retraite, celle-ci n'a pas d'effets sur le bien-être psychologique.

La retraite n'entraîne pas la dépression dans la période de transition (deux mois) qui la suit (Jakubowski, 1985). D'autres variables comme la santé, la santé mentale avant la retraite, le statut occupationnel, les croyances envers la retraite ou le vieillissement sont beaucoup plus déterminantes de la santé mentale à la retraite (Jakubowski, 1985).

La différence entre être en emploi à temps plein et retraité ne cause pas de détresse psychologique (Ross et Drentea, 1998) ou de dépression (Drentea, 2002) mais l'impossibilité de travailler en raison d'une incapacité est source de détresse. De plus, les caractéristiques des activités ont une certaine influence : les activités des retraités sont plus routinières, plus autonomes, également agréables, impliquent moins de contacts avec autrui, moins de résolution de problèmes et moins d'apprentissages. Par conséquent, la détresse psychologique et l'anxiété diminuent (l'aspect négatif étant que le sentiment de contrôle est amoindri par rapport aux travailleurs).

Pour leur part, Villamil, Huppert et Melzer (2006) ont constaté (à partir d'un échantillon de 1875 hommes et 2253 femmes britanniques de 45 à 75 ans) que, lorsque la retraite est prise à l'âge « conventionnel » ou aux alentours, la retraite n'a aucune incidence sur la dépression ni sur l'anxiété. Il y a une baisse marquée de la prévalence de la dépression, à 65 ans chez les hommes et à 60 ans chez les femmes, ce qui marque l'âge conventionnel de la retraite pour chacun des groupes. Les troubles psychologiques sont toutefois moins présents chez ceux pour qui la retraite est planifiée, par opposition à ceux chez qui la retraite ne l'est pas. Le statut d'emploi est significatif pour les hommes, mais pas pour les femmes (ce qui n'est pas analysé dans l'article, mais ce lien ne fait pas disparaître le lien entre l'atteinte de l'âge

¹¹ Propos qui font écho à celui de Levet (2005) qui rapporte que dans les témoignages des travailleurs vieillissants, la santé est un thème récurrent.

conventionnel de la retraite et la réduction de la prévalence de la dépression et de l'anxiété). Ceci mène les auteurs à poser l'importance des normes sociales relatives à l'âge comme facteur d'explication des effets de la retraite et à tracer un parallèle avec les effets connus du chômage.

Leur conclusion rejoint celle de Butterworth et al. (2006) qui constatent que de 45 à 64 ans, les retraités sont plus susceptibles de manifester des troubles psychologiques, mais que ce n'est pas le cas par la suite. Les auteurs concluent donc que c'est l'âge qui est le facteur déterminant, et non pas la retraite : lorsque la retraite survient autour de l'âge officiel de la retraite (65 ans en Australie), elle n'a aucun effet sur la santé psychologique. Par ailleurs, tant chez les hommes que chez les femmes, les troubles mentaux sont associés aux problèmes de santé.

La même équipe (Gill et al., 2006) a produit une étude apparentée avec des résultats similaires. Les auteurs ajoutent que la prévalence élevée de troubles mentaux chez les plus jeunes retraités pourrait être due aux conséquences de la retraite en bas âge : conditions matérielles plus précaires, caractère non volontaire de la retraite, mises à pied, maladie. Il leur est toutefois impossible de le vérifier à partir des données dont ils disposent. Ils expliquent, eux aussi, ces résultats par l'importance des normes associées à l'âge.

De Grâce et al. (1994) ont observé 106 prestataires de la RRQ de 65 ans, par deux entrevues à un an d'intervalle. Ils constatent qu'il n'y a aucune différence entre les deux moments de l'étude en ce qui concerne la dépression (ni la solitude ou la satisfaction de vie). Toutefois, chez les professionnels masculins, il y a détérioration des trois indicateurs. Ces résultats sont mis en parallèle avec la littérature qui indique que, relativement au niveau occupationnel antérieur, les données sont contradictoires, à savoir que certaines études rapportent que le bien-être psychologique à la retraite varie selon l'emploi occupé auparavant, alors que d'autres indiquent le contraire. Seccombe et Lee (1986, cité par De Grâce et al., 1994) ont, par ailleurs, indiqué que le statut occupationnel antérieur est corrélé, mais que le lien disparaît avec le contrôle du revenu et de la santé.

3.2.4. Conclusion provisoire

Dans une synthèse théorique, Shaw et al. (1998) concluent qu'il y a très peu d'indications que la retraite nuit à la santé malgré la persistance de la croyance populaire à cet effet, qui est un mythe fondé sur l'amalgame entre la retraite et l'inactivité, amalgame qui est lui-même un mythe, les niveaux d'activité à la retraite ayant tendance à ressembler, chez les mêmes individus, aux niveaux d'activité qui prévalaient durant la vie active, même si la nature des activités change. Cette conclusion fait écho à celle d'un avis de Ekerdt (1987) qui estime que les effets négatifs de la retraite sont un mythe bien ancré, qui ne tient pas la route devant le cumul des études empiriques qui concluent le contraire. Shaw et ses collègues (1998), estiment qu'il faut tenir compte de la diversité des situations.

Pour Ekerdt (1987), cette idée perdure pour plusieurs raisons. D'abord, en raison des anecdotes répétées qui l'alimentent (observations cliniques et anecdotes populaires). En vertu ensuite d'une tendance à interpréter les événements marquants de la vie comme des causes singulières de maladie plutôt que de prendre en considération l'ensemble des causes

potentielles. L'idée s'alimente beaucoup à la notion culturelle du travail (le travail comme source de valeur personnelle, d'estime, d'identité et d'accomplissement). Elle se nourrit également des théories gérontologiques qui assimilent la retraite à une perturbation ou à un choc. Enfin, pense Ekerdt, les données de recherche sont mal interprétées. Il affirme qu'aucune donnée sérieuse n'appuie l'hypothèse que la retraite est mauvaise pour la santé. Toutefois, les recensions, plutôt que de mettre l'accent sur cette conclusion, qui lui semble évidente, mettent plutôt l'accent sur les difficultés méthodologiques associées à ce type de recherche. Par conséquent, la conclusion des recensions est que les preuves ne permettent pas de conclure. Ekerdt pense, au contraire, que la conclusion est claire et que l'effet négatif de la retraite sur la santé est un mythe.

Bref, dans la littérature, le débat reste ouvert, mais ce fait nous semble surprenant. Les études qui nous semblent les mieux fondées (échantillons représentatifs, contrôle des variables socioéconomiques et de l'état antérieur de santé, mesure des circonstances menant à la retraite), nous incitent à penser que les effets de la retraite sur la santé sont, somme toute, minimales et, s'ils existent, concernent une faible partie des populations, non en eux-mêmes, mais à cause des circonstances dans lesquelles on entre en retraite.

3.3. LES CIRCONSTANCES DE LA RETRAITE OU DU MAINTIEN EN EMPLOI

Est-ce à dire que toute interrogation sur les effets de la retraite et du maintien en emploi sur la santé est vaine? Certainement pas, mais il faut préciser la question pour savoir dans quelles circonstances la retraite et le maintien en emploi risquent d'avoir des effets.

Si certaines circonstances de la retraite sont contrôlées dans la production des résultats (inclusion de variables contrôle), la plupart restent sous-analysées. Sans que l'on trouve toute l'information dans le champ de littérature que nous venons de recenser, plusieurs travaux existent en parallèle qui nous informent sur diverses circonstances de la retraite ou du maintien en emploi. Sans donc pouvoir établir des preuves formelles pour chacun des éléments, il est permis d'en recenser certains effets et, dans les cas où les liens directs avec la retraite ou le maintien en emploi comme tels ne seraient pas établis, d'examiner dans quelle mesure ces liens pourraient éventuellement être développés. Nous considérerons dans les pages qui suivent l'importance du choix du statut d'emploi (la circonstance la mieux documentée de la littérature), la retraite des femmes, les parcours d'emploi (instabilité professionnelle et chômage) et, enfin, les inégalités sociales, incluant la question des effets du travail sur la santé.

3.3.1. Le choix du statut d'emploi

Cette variable est la circonstance de la retraite qui est la plus analysée et plusieurs chercheurs ont observé qu'en la contrôlant, les effets négatifs imputés à la retraite disparaissent. La même chose est dite du maintien en emploi, qui doit être choisi pour être positif. Bref, la meilleure conclusion qui puisse à ce jour être tirée de cette littérature est **qu'en cas de décision perçue comme volontaire, ni la retraite, ni le maintien en emploi ne posent de problèmes de santé ou d'adaptation**. À l'inverse, les statuts involontaires sont associés à des troubles psychologiques. Dans cette perspective, Mein et al. (1998) proposent que les décisions liées à la retraite font partie de l'adaptation à la retraite.

Dans une étude très citée, Herzog, House et Morgan (1991) concluent que c'est le fait d'être dans un statut choisi, indépendamment du statut, du sexe, de l'âge et de l'occupation qui a un effet sur la santé et non pas la retraite ou le maintien en emploi comme tels. Ces auteurs étendent la portée de leur conclusion en montrant que même le fait de pouvoir travailler le nombre désiré d'heures, a un effet.

Sur la base d'une étude menée au Québec auprès de 259 répondants de 60 à 66 ans, Joly (2004) conclut que ce n'est pas la retraite elle-même qui mène à une diminution de la « qualité de vie » (concept qui comprend notamment la santé perçue, la morbidité et la détresse psychologique), mais bien les circonstances de la prise de retraite. Les retraités non volontaires ont une qualité de vie inférieure à celle des retraités volontaires et des individus en emploi. Il n'y a pas d'écarts significatifs entre les répondants en emploi et les retraités volontaires. Chez les retraités non volontaires, 42,9 % déclarent avoir pris leur retraite pour des raisons de santé.

Shultz, Morton et Weckerle (1998) indiquent que c'est la perception que la retraite est involontaire qui a un effet négatif non seulement sur la santé, mais également sur la satisfaction envers la retraite. Incidemment, cette étude met en relief que ceux pour qui la retraite est perçue comme volontaire sont plus scolarisés, ont de meilleurs revenus et proviennent davantage des rangs professionnels et administratifs.

Isaksson et Johansson (2000) ont mené une recherche auprès de retraités et d'employés d'une compagnie d'assurance ayant mené une restructuration. En 1992, les employés de 55 ou plus, sauf ceux qui étaient considérés indispensables, ont été incités à la retraite anticipée avec compensation financière. Les candidatures pour les retraites anticipées ont été acceptées à 55 % (il y a eu plus de maintien en emploi involontaire que de retraites involontaires). Tant chez les retraités que chez les employés qui sont restés en emploi, un statut volontaire est positivement associé à la santé (physique et mentale). Même si l'étude était construite pour tester les différences entre les hommes et les femmes, aucune différence significative n'est observée quant à la santé, mais les femmes sont plus satisfaites, plus enclines à la retraite et le travail est moins central pour elles. Les retraités volontaires sont plus en santé (physique et psychologique) que les employés qui, eux sont plus en santé que les retraités involontaires.

Elder et Rudolph (1999) utilisant les données du *Health and Retirement Study*, montrent eux aussi que le caractère volontaire de la retraite (de même que la planification financière) est un facteur important de satisfaction. Bender (2004) obtient les mêmes résultats et ajoute qu'un bon état de santé, le fait de travailler, de bons revenus et l'accumulation d'un patrimoine sont également des facteurs appréciables.

Les résultats portant sur l'effet du choix sont de toute première importance si l'on considère la relative fréquence de la retraite involontaire. Les données de l'*Enquête sociale générale* (2002) indiquent qu'au Canada 26 % des retraites seraient des retraites involontaires¹² (McDonald, 2006). La proportion serait différente pour les hommes (27 %) et pour les

¹² La proportion est probablement inférieure au Québec puisque certaines provinces canadiennes n'interdisent pas la retraite obligatoire (McDonald, 2006).

femmes (22 %) (McDonald, Donahue et Marshall, 2000, cités par McDonald, 2006). Les principales raisons de la retraite involontaire, sont, par ordre d'importance : la santé (la moitié des retraites involontaires), la retraite obligatoire, le chômage (McDonald, Donahue et Marshall, 2000, cités par McDonald, 2006).

Le choix n'est pas également réparti dans la population et les conséquences de la retraite involontaire ne se limitent pas à la santé, car elle implique, par exemple, des pertes de revenus (corrélés à la santé et permettant de prendre sa retraite en cas de maladie ou d'invalidité). Schellenberg et Silver (2004) ont analysé les raisons et les conséquences de la retraite pour les retraités volontaires et les retraités involontaires et constatent que toutes deux varient et que, chez les retraités involontaires, les conditions matérielles sont inférieures, les retraites pour état de santé sont plus fréquentes et les chances de trouver du travail après un retour sur le marché sont inférieures.

Tableau VII. Raisons et conséquences de la retraite selon le choix ou l'absence de choix de la retraite, Canada, 2002 (pourcentages)

	Retraités volontaires qui n'auraient pas continué à faire un travail rémunéré	Retraités volontaires qui auraient continué à faire un travail rémunéré	Retraités involontaires
Raisons du premier départ à la retraite			
Retraite financièrement accessible	79	74	34
Accès à la pension	47	54	26
Primes de départ anticipé	19	27	13
Réduction des effectifs	6	13	25
Chômage	1	3	15
État de santé ¹³	10	31	43
Obligations familiales	7	9	8
Reçoit prestation de retraite d'un ancien employeur	52	58	37
Situation financière au moins équivalente depuis la première retraite	78	67	50
Retour sur le marché du travail après la retraite			
Ont trouvé un emploi rémunéré	16	32	32
Retour pour raisons financières	97	90	65
	20	41	60

Source : Schellenberg et Silver (2004), p. 6, d'après les données de l'*Enquête sociale générale*, 2002.

¹³ Parmi les retraités volontaires qui auraient continué de travailler et qui se sont retirés pour raison de santé, 65 % ont dit que cela leur était financièrement possible. Chez les retraités involontaires qui se sont retirés pour des raisons de santé, seulement 34 % ont affirmé que cela leur était financièrement possible.

Le choix est donc lui-même un privilège. Pour les groupes discriminés sur le marché du travail et pour les pauvres, le maintien en emploi peut être une obligation et non un choix (Hinterlong, Morrow-Howell et Sherraden 2001). De même, Taddei, Charpin, Davanne et Abitboul (2000), font observer que le choix est théorique pour une grande partie des travailleurs notamment pour ceux qui ont mené une carrière marquée par le chômage de masse et pour ceux qui, dans les milieux de travail, sont soumis aux pressions de l'âgisme. « La description abstraite des fins d'activité pourrait dissimuler le fait que la décision propre des intéressés pèse peu en définitive dans la détermination de l'âge de la mise à la retraite, parce qu'ils ne peuvent pas « faire autrement » que ce qu'on leur impose. » (Pitrou, 2006, p. 127).

Le choix est, bien évidemment une question de moyens matériels. Les moyens financiers prévus à la retraite sont inférieurs pour les femmes, les immigrants, les personnes en mauvaise santé les veufs, les séparés et les divorcés (Townson, 2006). Schellenberg (2004) rapporte, à partir des données de l'*Enquête sociale générale* (2002) que, dans l'ensemble des Canadiens âgés de 45 à 59 ans, un tiers sont inquiets de leur préparation financière à la retraite, surtout en fonction des revenus, de la participation à un régime de retraite, de la propriété d'une maison, du statut d'immigrant (moins accès à des régimes de retraite, périodes de cotisation plus courtes et revenus inférieurs), de l'état matrimonial et de l'état de santé. Ceux qui prévoient prendre leur retraite plus jeunes sont ceux qui participent à un régime de retraite, qui sont propriétaires d'une maison, qui bénéficient de revenus supérieurs, qui sont en emploi toute l'année, qui sont mariés et qui se sont préparés à la retraite.

En plus des revenus plus élevés, la perception que la retraite est volontaire est plus fréquente chez les plus scolarisés ainsi que dans les rangs professionnels et administratifs. Ainsi, le Projet de recherche sur les politiques (2005), parrainé par le gouvernement fédéral, a mené, au cours de l'année 2004, des groupes de discussion sur les « préférences » et les attitudes face au travail et à la retraite. Les jeunes travailleurs moins instruits n'ont, pour la plupart, pas de pension d'employeur ni d'épargne. Leurs principaux objectifs résident dans la réduction de leur endettement et, ultimement, dans l'achat d'une maison. Pour les travailleurs moins instruits et plus âgés, l'objectif principal est de demeurer en emploi jusqu'à 65 ans afin d'être capable de subvenir à leurs besoins. Le souhait de travailler à temps partiel est présent, mais ces travailleurs considèrent qu'ils n'en ont pas les moyens. Les jeunes travailleurs plus instruits aspirent à la mobilité professionnelle afin de mieux concilier le travail et la famille (souvent reportée pour les besoins de la carrière). Chez les plus âgés plus instruits, le souhait de partir à la retraite est bien présent, mais souvent accompagné de la volonté de demeurer actif, soit sur le marché du travail, soit dans des activités bénévoles.

Enfin, la santé, liée à plusieurs sorties précoces (environ la moitié des retraites involontaires) est très fortement déterminante de la capacité à demeurer ou non sur le marché du travail et sa détérioration limite fortement les « choix » qui s'offrent aux individus (Buxton, Singleton et Melzer, 2005; Barnay, 2005; Derriennic, 2004; Derriennic, Saurel-Cubizolles et Montfort, 2003; DesRivières, 2002; Shultz, Morton et Weckerle, 1998).

Bref, une des conclusions les plus claires de la littérature sur les effets du maintien en emploi ou de la retraite sur la santé est à l'effet que les statuts involontaires sont négatifs pour la santé, surtout psychologique. Or, la retraite involontaire est un phénomène courant au Canada (environ un quart des retraites) et la possibilité de choisir est inégalement répartie dans la population, surtout en fonction des inégalités socioéconomiques et de l'état de santé. Le « choix » fait donc partie du cumul des privilèges sur le marché du travail. Il est donc permis de penser que les effets négatifs des statuts involontaires affectent en grande partie des sous-groupes de la population déjà vulnérables, surtout si l'on y inclut des gens exposés à des conditions de travail délétères mais qui n'ont pas les moyens de prendre leur retraite, phénomène dont nous ne pouvons toutefois pas estimer l'ampleur.

3.2.2. La retraite des femmes

La situation des femmes est une question peu prise en compte par la recherche sur les effets de la retraite (Stone, 2006; Townson; 2006, Des Rivières, 2002). Or, pour les chercheurs qui abordent cette question, la retraite des femmes est différente de celle des hommes (McDonald, 2006) et elle continuera de l'être malgré que l'on estime qu'elle s'en rapprochera étant donnée l'évolution de la situation des femmes sur le marché du travail (McDonald, 2006).

La retraite des femmes est peu documentée parce qu'elles ont assumé des rôles non reconnus dans les définitions économiques des retraites (retrait du travail rémunéré) ou dans les mesures des activités de travail, à savoir le soin de la famille et le travail domestique (McDonald, 2006; Taylor et Bengston, 2001; Richardson, 1999).

Il nous semble ici utile de distinguer les antécédents et les conséquences de la retraite. Les antécédents sont très différents et bien documentés : certaines raisons de la prise de retraite diffèrent entre les femmes et les hommes et, surtout, les femmes n'ont pas une histoire similaire d'emploi, ce qui fait que leurs revenus à la retraite sont bien inférieurs à ceux des hommes. À cet égard, beaucoup d'auteurs féministes reprochent aux études sur la retraite de se concentrer sur l'expérience des hommes. Il y a une raison historique à ce phénomène (qu'on l'approuve ou non), à savoir que, jusqu'à tout récemment, le travail rémunéré était massivement une affaire d'hommes (McDonald, 2006).

Les caractéristiques des femmes qui approchent de la retraite sont différentes de celles des femmes des cohortes antérieures, leurs niveaux d'activité, notamment, étant plus élevés (Schellenberg, 2004). Les femmes du baby-boom auront en majorité occupé un emploi pendant la majeure partie de leur vie. Elles auront, davantage que par le passé, accès à des pensions, à des REER, au RRQ et au RPC. Toutefois, plusieurs facteurs feront en sorte que leurs revenus de retraite resteront inférieurs à ceux des hommes : elles sont concentrées dans le travail dit atypique, surtout à temps partiel, elles sont moins bien rémunérées, elles sont surreprésentées dans les services et sous-représentées dans les syndicats, elles sont toujours les principales responsables des soins des enfants et des membres de la famille dépendants ce qui continue à avoir un effet sur leur activité sur le marché du travail, elles occupent des emplois de statuts inférieurs à ceux des hommes et elles sont limitées dans leur progression de carrière par le « plafond de verre » (McDonald, 2006; Lesemann et D'Amours, 2006; Sarfati, 2004; Brocas, 2004; Des Rivières, 2002; Taylor et Bengston, 2001).

Les raisons de la prise de la retraite varient selon le sexe. Si la santé et les choix personnels arrivent en première place tant pour les femmes que pour les hommes, les obligations familiales sont la troisième raison pour les femmes, alors que pour les hommes cette raison est quasi absente. Et tandis que 10 % des femmes évoquent la retraite de leur conjoint, presque aucun homme ne le fait (Des Rivières, 2002).

La prise de retraite et ses conséquences matérielles sont donc un miroir des rapports hommes-femmes dans la sphère domestique et dans celle du travail (McDonald, 2006). En découle-t-il que la retraite, en tant que telle, ait des **conséquences différentes** sur la santé des femmes et sur celle des hommes? Ces différences, si elles existent, sont assez peu connues. Les études qui mènent des analyses distinctes sur cette dimension du problème observent, somme toute, assez peu de différences, voire aucune différence, une fois éliminé l'effet des revenus ou des statuts occupationnels (Joly, 2004; Reitzes et Mutran, 2004; Herzog, House et Morgan, 1991). *A contrario*, pensent certains, même si la retraite protège la santé chez les deux sexes, elle protégerait mieux celle des femmes que celle des hommes (Neuman, 2004).

Un exemple provient de deux études menées par les mêmes auteurs et spécifiquement conçues pour documenter l'adaptation des femmes à la retraite (Richardson et Kilty, 1995, 1991). Dans leur étude de 1995, Richardson et Kilty utilisent la santé mentale comme indicateur d'adaptation à la retraite. Les auteurs basent leur étude sur un échantillon raisonné de 114 hommes et 108 femmes, étatsuniens (Ohio), âgés en moyenne de 60,9 ans. Il en ressort : 1) que l'anxiété baisse durant la période qui suit la retraite, mais qu'elle augmente par la suite tant chez les hommes que chez les femmes; 2) qu'il en va de même pour la santé; 3) que les hommes et les femmes diffèrent sur l'expression des symptômes : les femmes sont plus susceptibles d'exprimer de l'anxiété, les hommes des problèmes de santé physique. Quatre ans plus tôt (1991), les mêmes auteurs utilisent trois indicateurs de bien-être (satisfaction, bonheur et relations sociales) pour documenter les différences d'adaptation des hommes et des femmes. Pour tous les indicateurs, il y a un déclin du bien-être après six mois, tant chez les femmes que chez les hommes. Il y a, par la suite, remontée du bien-être et de la satisfaction par rapport aux relations sociales, mais l'indice du moral se détériore encore. Les résultats varient selon le prestige occupationnel (qui est le facteur le plus déterminant), l'âge, la santé et la proportion de revenu qui est maintenue à la retraite. Il y a assez peu de variation par sexe, mais on observe une interaction entre le sexe et le prestige occupationnel en ce qui concerne la satisfaction par rapport aux relations sociales : les femmes de faible prestige occupationnel sont moins satisfaites. Somme toute, sur la base de ces deux études, il y a peu de raisons de conclure qu'une fois les distinctions socioéconomiques mises à l'écart, les hommes et les femmes diffèrent quant aux impacts de la retraite sur le bien-être. En d'autres termes, à conditions socioéconomiques égales, si l'expression de la réalité diffère entre les hommes et les femmes, les effets de la retraite sont assez similaires.

L'étude de Isaksson et Johansson (2000) est elle aussi construite pour analyser les différences entre les hommes et les femmes. Les auteurs constatent que, dans le cadre de la restructuration d'entreprise qu'ils ont étudiée, les femmes sont plus enclines à poser leur candidature pour une retraite anticipée avec compensation financière et qu'elles sont plus satisfaites de la retraite. Toutefois, aucune différence n'est observée quant aux indicateurs

de santé physique et de bien-être psychologique. Des résultats concordants sont présents chez de Grâce et al. (1994), qui ne trouvent aucune différence significative entre les hommes et les femmes quant à la dépression (ni au sentiment de solitude ou à la satisfaction).

Price (2002) n'examine pas les différences entre les hommes et les femmes, mais tente plutôt de comprendre, sur la base de 48 entrevues avec des femmes de 63 à 83 ans, comment le passé professionnel, défini par l'occupation (femmes professionnelles et femmes non professionnelles) fait varier l'expérience de la retraite. Elle constate que pour les deux groupes, l'expérience de la retraite est globalement très positive, mais que pour les professionnelles, les pertes associées au travail (notamment les échanges professionnels) sont plus importantes. Ce résultat concorde avec l'avis répandu selon lequel les cadres et les professionnels seraient plus attachés au travail et en ressentiraient davantage l'absence lors de la retraite.

D'autres études donnent des résultats variés et contradictoires. Richardson et Kilty (1991) en rapportent quelques-unes. La retraite serait plus nocive pour les femmes et mènerait à plus de dépression, d'instabilité et de solitude (Atchley, 1976; Streib et Schneider, 1971). Au contraire, la retraite serait plus bénéfique aux femmes qu'aux hommes (George, Fillenbaum et Palmore, 1984; Haug et Belgrave, 1988; Seccombe et Lee, 1986; Atchley, 1982). Enfin, rapportent toujours Richardson et Kilty, en contrôlant l'âge, la santé, le revenu et le statut professionnel, on constate que les femmes sont plus pauvres et plus malades que les hommes (Jaslow, 1976; Seccombe et Lee, 1986; Szinovacz, 1982; Atchley, 1982).

Bref, s'il est certain que la situation socioprofessionnelle et domestique des femmes est distincte de celles des hommes et que ce fait entraîne des disparités économiques importantes, tout au long de la vie et plus particulièrement en âge avancé, il est moins certain que la retraite, comme telle, ait des conséquences propres aux femmes en ce qui concerne la santé. La question demeure ouverte.

3.2.3. Les parcours d'emploi (instabilité et chômage)

L'instabilité professionnelle et le chômage sont très peu étudiés dans la littérature sur les effets du maintien en emploi et de la retraite. Or, les transitions vers la retraite ne sont pas nécessairement des moments précis et limités dans le temps, mais peuvent être marqués par l'instabilité et s'étendre sur de plus longues périodes et faire place à de l'instabilité et à du chômage ainsi qu'au réemploi, mais souvent à des conditions différentes... et inférieures (Lesemann et D'Amours, 2006; Deschênes et Stone, 2006; Fallick, 1996). Par ailleurs, le chômage, dans de nombreux cas, est nuisible à la santé, mais les effets de l'instabilité sont moins connus.

Depuis quelques années, Marshall et ses collègues étudient l'effet sur la santé de l'instabilité des carrières. Ils rapportent (2006) qu'il s'agit d'une question peu documentée, mais que les quelques recherches existantes indiquent un lien entre l'instabilité et la morbidité (en plus de leurs propres travaux, ils citent : Iwatsubo, Derriennic et Cassou, 1991; Pavalko, Elder et Clipp, 1993). He, Colantonio et Marshall (2003) indiquent que chez les travailleurs en fin de carrière, il existe un lien significatif entre les interruptions involontaires d'emploi et la mauvaise santé (données de l'*Enquête sociale générale*). En 2006, les mêmes auteurs

analysent les données de l'*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu* et arrivent à des conclusions convergentes, à partir d'un échantillon d'où sont exclus les individus ayant des problèmes de santé au début de l'étude. Ils précisent cependant que si l'instabilité professionnelle et la maladie sont effectivement liées, il faut probablement y voir une relation de causalité mutuelle que seule d'autres données empiriques pourront préciser.

Gallo et ses collègues (2006) se sont aussi intéressés à l'effet de l'instabilité en fin de carrière. Plus exactement, ils ont documenté l'effet sur la dépression d'une perte involontaire d'emploi à l'approche de la retraite. Ils constatent que les symptômes dépressifs se manifestent principalement chez ceux dont les avoirs (excluant la propriété de la résidence personnelle) sont inférieurs à la médiane et en concluent que ce groupe est particulièrement à risque de troubles mentaux. Ce résultat est intéressant. D'abord, parce que le revenu est, la plupart du temps, contrôlé dans les études recensées, qui incluent même parfois des mesures de patrimoine, mais l'effet du revenu est assez rarement analysé. Ensuite, parce que les avoirs sont une représentation de la richesse accumulée au cours d'une vie et donc probablement, en tout cas c'est ce que supposent les auteurs, plus importants que les revenus annuels (qui peuvent être très variables). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus quelques années auparavant par la même équipe (Gallo et al. 2000). Les résultats de cette étude indiquaient que perdre son emploi entraîne la maladie et les troubles psychologiques. La relation est probablement bi-directionnelle, mais le fait que la santé antérieure ait été strictement contrôlée indique qu'il y a une bonne part de causalité. Les conséquences sont particulièrement importantes pour les travailleurs âgés qui accumulent une partie importante de leurs avoirs pour la retraite dans les dernières années de leur vie professionnelle.

Pour leur part, les effets négatifs du chômage sur la santé sont connus depuis longtemps. Par exemple, pour Brenner (1973, 1979, d'après Avison, 2001), le chômage est associé à la hausse de la mortalité générale, des suicides, des admissions à l'hôpital pour des problèmes psychologiques et des incarcérations. Dans une recension de littérature menée en 1999, Avison confirme ces effets (Avison, 2001) et leur ajoute la hausse des dépressions, de la détresse psychologique et de l'anxiété. Quelques variables intermédiaires ont été identifiées pour expliquer la relation entre le chômage et ces divers effets : problèmes financiers, perturbation du réseau de soutien, perte d'estime de soi, sentiment d'inutilité, conflits familiaux (Avison, 2001). Clark et Oswald (1994, d'après Bender, 2004) identifient le chômage comme le facteur le plus important de l'insatisfaction face à la vie, avant même le divorce.

Dans une recension sur les effets de la sortie anticipée d'activité sur les travailleurs âgés, Crespo relève les effets du chômage chez les travailleurs les plus âgés. Broomhall et Winefield (1990), dans une analyse du bien-être des chômeurs en fonction de l'âge, observent que les chômeurs plus âgés sont plus insatisfaits face à la vie et souffrent davantage de problèmes psychologiques, ceci va toutefois à l'encontre des conclusions de Warr (1998), à l'effet que le chômage est moins nocif pour la santé qu'à des âges moins avancés, probablement à cause de la tendance à se redéfinir comme retraité devant la difficulté à trouver un emploi, et, dans certaines conditions institutionnelles, à cause de la possibilité de recevoir des indemnités. Frese et Mohr (1987), pour l'Allemagne de l'Ouest, observent que le chômage de longue durée chez les 45 ans ou plus entraîne, comme chez les plus jeunes chômeurs, dépression et perte d'espoir. Enfin, Lobo (1996), dans une étude portant sur les chômeurs en Australie, observe que le chômage des 45 à 64 ans a des effets psychologiques négatifs.

Dans sa thèse de doctorat, Lavis (1997) examine le lien entre le chômage et la mortalité, à partir d'un échantillon de 5544 hommes chefs de ménages étatsuniens, extrait du *Panel Study of Income Dynamics*. L'auteur mesure de 1968 à 1992 pour 2668 sujets et de 1977 à 1992 pour 2676 sujets, l'incidence et la durée du chômage, de même que plusieurs variables contrôle : ethnicité, état civil, revenu, instruction, niveau d'emploi (manuel ou autre), statut d'emploi (retraité ou non) et taux de chômage de la région. Il constate que le chômage augmente la mortalité et que le risque augmente avec la durée du chômage (les liens avec le nombre d'épisodes ne sont pas certains). Les résultats persistent chez les retraités, à savoir que la mortalité est plus forte chez ceux qui ont été chômeurs durant leur vie active.

En somme, s'il est difficile d'établir des liens directs entre les parcours professionnels et les effets de la santé sur la retraite, il semble qu'il y ait bien là une piste à explorer.

3.2.4. Les inégalités sociales et les effets du travail sur la santé

De nombreuses recherches démontrent que les appartenances sociales et les conditions de vie qu'elles déterminent (y compris les comportements individuels, qui sont en fait des comportements sociaux) ont un effet important sur la morbidité et la mortalité, même si les mécanismes précis en demeurent matière à interrogation. Parmi les déterminants sociaux de la santé, le travail occupe une place de choix, et ce, au moins à cinq titres : par le revenu qu'il procure, par son contenu et les conditions organisationnelles dans lesquelles il s'effectue, par le lien d'emploi (emploi dit « permanent », précarité, chômage), par la place occupée dans la hiérarchie, enfin, par le sens du travail et le soutien social.

Malgré cela, les effets du travail sur la santé sont un axe à peu près ignoré de la littérature sur les effets sur la santé de la retraite ou du maintien en emploi (Cassou et al., 2001; Herzog, House et Morgan, 1991). Or, on ne peut à peu près rien dire du « maintien en emploi » sans tenir compte des effets des conditions de travail et d'emploi sur la santé (Molinié, 2003).

Herzog, House et Morgan (1991) soulignent que très peu d'attention est portée aux conditions dans lesquelles on travaille ou on prend sa retraite, même s'il est probable que les conséquences sur la santé varient grandement en fonction de ces conditions, comme le montrent les recherches sur les conditions de travail en général ainsi que les recherches sur le vieillissement au travail en particulier. Les effets de la retraite ou du maintien en emploi ne sont pas indépendants de cette relation. Les mêmes auteurs ajoutent que la recherche existante prouve amplement que la retraite en tant que telle n'a pas d'effets notables sur la santé physique ou psychologique, mais qu'elle est nettement déficiente dans l'analyse des effets sur la santé des différentes formes de participation au marché du travail et des conditions dans lesquelles cette participation a lieu. Les mauvaises conditions de travail seraient un déterminant de la préférence pour la retraite et feraient diminuer la probabilité de retour en emploi.

3.2.4.1. La retraite comme lieu des inégalités sociales

La retraite est un des multiples lieux sociaux où s'expriment les inégalités. Shaw et al. (1998) indiquent que certains groupes sont particulièrement désavantagés au plan financier après la retraite : les femmes, particulièrement les femmes seules, les membres de groupes discriminés, et les plus âgés. La « préparation financière » à la retraite est un déterminant important de la satisfaction envers la retraite (Shaw et al., 1998). Encore faudrait-il faire remarquer, surtout en ces temps de « responsabilisation », que la « préparation financière » est, en grande partie, une question de moyens.

L'étude de Cassou et al. (2001) porte sur un échantillon de retraités parisiens sur une durée de 10 ans. On y montre que l'incapacité et la mortalité diffèrent selon le sexe : les hommes meurent plus jeunes, mais les femmes déclarent plus d'incapacités. Chez les hommes, les ouvriers décèdent plus rapidement que les employés, qui eux décèdent plus rapidement que les cadres. Ce sont les employés qui déclarent le plus d'incapacités et les cadres qui en déclarent le moins. Chez les femmes, la mortalité suit le même modèle que chez les hommes, même si elle survient plus tard. Les incapacités suivent ici le même modèle que la mortalité. Chez les hommes, ceux qui sont partis à la retraite avant 62 ans sont morts plus jeunes que les autres¹⁴. Ceux qui ont été exposés à des « nuisances » durant la vie professionnelles sont arrivés à la retraite avec plus d'incapacités et ces dernières sont plus permanentes que chez ceux qui n'ont pas été exposés, qui sont ceux qui déclarent le moins d'incapacités durant toute la période d'observation. Chez les femmes, il n'y a pas de lien entre l'âge de la retraite et l'évolution de la santé.

Dans une étude portant sur la vie des retraités, Delbès et Gaymu (2003) font des observations similaires. Sur la base d'un échantillon aléatoire de salariés du privé tiré du fichier des cotisants de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (représentant deux tiers de la population active en France), deux cohortes (nés en 1916 et en 1922) ont été interrogées à quatre reprises : peu avant leur cessation d'activités, immédiatement après, deux ans après et 15 ans après (en 1997). La santé se détériore autour de 59 à 62 ans, ce qui n'est pas dû à la retraite, car le fait s'observe également chez ceux qui demeurent en activité. La santé s'améliore légèrement durant l'année qui suit la cessation d'activité. Les femmes sont

¹⁴ Ce qui est probablement le résultat d'un effet de sélection.

en moins bonne santé, mais la mortalité des hommes est plus forte. La détérioration des revenus est un facteur de détérioration de la santé. Jusqu'à 75 ans, la catégorie socioprofessionnelle antérieure est un facteur de protection de la santé, notamment pour les cadres, dont la mortalité est plus faible que celle des autres catégories professionnelles, notamment les ouvriers. Les répercussions psychologiques de la cessation d'activités sont globalement positives, même si une certaine proportion exprime des impressions contraires, un mauvais état de santé étant le facteur le plus déterminant des perceptions négatives de la retraite et les cadres en étant protégés.

En 1997-1998, Breeze et al. (2001) ont interrogé 6168 hommes qui avaient participé à la première version de l'étude *Whitehall* (Royaume-Uni, années 1960, les hommes étaient à cette époque âgés de 40 à 69 ans). Ils ont constaté que même si la plupart étaient toujours en bonne santé (21 % rapportaient des problèmes de santé), les inégalités sociales persistaient avec l'avancée en âge : les répondants ayant occupé des emplois de niveau inférieur rapportaient davantage de problèmes de santé trente ans après les résultats de la première enquête, résultat qui demeure même après contrôle des facteurs de risque pour la santé tels le tabagisme et l'obésité. L'effet du grade serait probablement encore plus important si ce n'était de la sélection, la mortalité étant elle aussi plus élevée dans les grades inférieurs. De plus, cette étude en général sous-estime probablement les différences de santé dans la population générale, à cause de la composition de son échantillon (employés de la fonction publique, bénéficiant, dans l'ensemble, de meilleures conditions de travail et de vie).

« L'engagement au travail », comportement louangé, mais qui fait abstraction des conditions qui le produisent, est lui aussi marqué par l'inégalité. Mein et al. (1998), à partir d'entretiens qualitatifs auprès de retraités de la fonction publique britannique, rapportent que les membres des niveaux hiérarchiques supérieurs se sentent davantage « coupables » de ne plus travailler et qu'ils associent le statut de retraité à une non-contribution à la société. On peut donc dire qu'ils sont plus investis dans le travail... mais on doit immédiatement faire remarquer, à l'instar de Mein et ses collègues, qu'ils ont plus intérêt à s'y investir. Certaines recherches ont montré que les travailleurs plus âgés sont plus engagés dans leur travail (Hedges, 1983, cité par Shaw et al., 1998) et nous avons observé, dans une étude portant sur les PME manufacturières (Lagacé, 2003) que cette perception est aussi celle des employeurs. Toutefois, cette relation s'explique par le fait que le niveau occupationnel des travailleurs plus âgés est supérieur à celui des plus jeunes (Hanlon, 1986, cité par Shaw et al., 1998).

Par ailleurs, ceux qui occupent des emplois très insatisfaisants ou exigeants peuvent légitimement voir la retraite comme une libération, ce qui ne permet aucune conclusion sur leur engagement envers le travail en général (Shaw et al., 1998). On sait assez peu de choses sur ces travailleurs, d'abord parce qu'ils sont davantage poussés vers la retraite et parce qu'ils tendent à ne pas participer aux recherches menées par les employeurs (Shaw et al., 1998). Enfin, certains travailleurs occupent des emplois qui sont très exigeants physiquement ou risqués du point de vue de la santé, mais qui sont néanmoins satisfaisants. Dans ces cas, la retraite est un facteur de protection pour la santé (Shaw et al., 1998; Ekerdt, Bossé et LoCastro, 1983).

3.2.4.2. *Maintien en emploi et conditions de travail*

Un des mécanismes du lien entre le statut socioéconomique et la santé (de même que la mortalité) tient aux conditions physiques, psychologiques et matérielles de travail. Toute volonté de promouvoir le maintien au travail passe donc nécessairement par une organisation du travail qui préserve la santé (mentale et physique) des travailleurs. D'ailleurs, des améliorations des conditions de travail sont bénéfiques non seulement pour les travailleurs vieillissants, mais également pour l'ensemble des salariés (Quintreau, 2005).

Des mauvaises conditions de travail altèrent l'état de santé et entraînent un vieillissement différentiel (Teiger, 1989). Le parcours professionnel, et notamment les conditions de travail ont ainsi une influence sur l'espérance de vie (Desplanques et Mizrahi, 1996), l'espérance de vie sans incapacité (Cambois, Robine et Hayward, 2001) et plus généralement sur la santé aux âges élevés (Cassou, Huez, Mousel et coll., 1994). Par ailleurs, les travaux d'épidémiologistes et d'ergonomes ont montré que certaines contraintes de travail sont particulièrement pénalisantes pour les salariés âgés (Laville, 1989), (Pailhé, 2004, p. 55).

Après avoir montré que le travail est bénéfique pour la santé des travailleurs âgés, Calvo (2006) précise qu'il existe des emplois « indésirables » à savoir des emplois qui comportent des demandes physiques excessives ou qui causent insatisfaction. Ces emplois seraient occupés par 15 % de la population. Cette distinction n'éliminerait pas l'effet positif du travail sur la santé et les limitations d'activité (ce qui, à notre avis, et contrairement à ce qu'affirme l'auteur, reflète un effet de sélection, car les travailleurs âgés qui occupent des emplois physiquement exigeants sont ceux qui sont demeurés en assez bonne santé pour travailler, malgré le caractère pénible de leur travail), mais serait corrélé à une hausse de la mortalité et à une dégradation de la santé psychologique.

Les données rapportées par Desplanques (2001), illustrent que la catégorie socioprofessionnelle est liée à la mortalité. L'auteur ajoute que le statut d'activité entre également en compte, comme en témoigne le tableau suivant. Les écarts diminuent avec l'âge, mais persistent. Ils sont moins nets chez les femmes, mais se manifestent nettement entre actives et inactives. Desplanques (2001) note aussi que la plus forte mortalité chez les inactifs est au moins en partie un effet de sélection. Cet effet de sélection, justement, atténue les écarts de mortalité chez les actifs, parce qu'il relègue les plus malades (donc les plus susceptibles de mourir) dans la catégorie des inactifs.

Tableau VIII. Mortalité par catégorie socioprofessionnelle, hommes, France, 1982-1996 (pourcentages)

Catégorie socioprofessionnelle	Probabilité de décéder entre 35 et 65 ans
Cadres et professionnels	13,0
Agriculteurs exploitants	15,5
Professions intermédiaires (contremaîtres, techniciens, etc.)	17,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	18,5
Employés	23
Ouvriers	26
Actifs	21,5
Inactifs (non retraités)	41,5
Ensemble	22,0

Source : G. Desplanques (2001), p. 33-41.

L'état de santé des travailleurs en fin de carrière et à la retraite dépend des conditions de travail et, en particulier, du caractère pénible ou non du travail passé (Lasfargue, 2005). Certaines conditions de travail pénibles entraînent des effets à long terme, voire irréversibles : travail à horaire alternants, travail de nuit, travail à la chaîne, cadences imposées, manutention, agents toxiques (Lasfargue, 2005). À cela, il faut ajouter que la faible autonomie et les demandes psychologiques excessives ou insuffisantes sont également nuisibles à la santé non seulement mentale, mais également physique car elles sont associées à des troubles cardiovasculaires (Karasek et Theorell, 1990). Le travail sur quart est connu pour ses effets négatifs sur la santé : diminution de la tolérance avec l'âge, baisse de l'ajustement circadien, augmentation des problèmes de sommeil, troubles digestifs, problèmes cardiovasculaires, etc. (Bourdouxhe et al., 1999).

Les conditions de travail qui affectent la santé se retrouvent dans plusieurs types d'occupations et non seulement dans les emplois manuels, même si ce sont les plus affectés (et les plus étudiés de ce point de vue, quoique les travaux sur ces questions se soient diversifiés).

Les effets des conditions de travail influencent la prise de retraite (Derriennic, Saurel-Cubizolles et Montfort, 2003). Les résultats de l'enquête ESTEV indiquent que les sorties d'emplois « précoces » (entre 52 et 57 ans) varient selon la catégorie socioprofessionnelle, qui implique elle-même différentes conditions de travail (matérielles et psychologiques) ayant une influence sur la santé. Pour les femmes, comme pour les hommes, les sorties précoces sont plus fréquentes chez les ouvriers, suivis des employés. Chez les hommes, les cadres et les professionnels ont moins de sorties précoces que les employés, alors que chez les femmes, il y a équivalence entre ces deux catégories. Les facteurs qui déterminent les sorties précoces varient selon le sexe. Chez les hommes, les facteurs les plus importants sont l'âge au début de la vie professionnelle, les exigences physiques, le travail répétitif sous contrainte de temps, les horaires décalés, la tension psychologique au travail. Chez les femmes, les facteurs les plus importants sont le travail

passif et le travail répétitif sous contrainte de temps. Chez les hommes comme chez les femmes, entre en jeu la mauvaise santé perçue.

Blekesaune et Solem (2005) montrent que les contraintes et les exigences du travail sont liées à la retraite pour incapacité (à partir d'une étude norvégienne portant sur 270 occupations et un échantillon d'employés âgés de 60 à 67 ans). Les contraintes qui ressortent de leur étude sont connues : demandes physiques, faible autonomie et manque de stimulation (stress insuffisant) suite à des études antérieures (ils citent notamment : Quinn, 1978; Hayward et Grady, 1986; Hayward, 1986; Filer et Petri, 1988; Hayward et al., 1989; Krause et al., 1997; Holte, Krogstad et Magnus, 2000).

Malgré la tertiarisation de l'économie et les progrès techniques de la production, il n'est pas acquis que les conditions de travail affectent moins la santé des travailleurs. Bien sûr, la définition de la santé s'est considérablement élargie et inclut maintenant la prise en compte de l'état psychologique, ce qui, en soi, peut faire augmenter le nombre de personnes que l'on considère « à risque ». Mais les changements organisationnels des décennies récentes ont entraîné une forte intensification du travail et un accroissement généralisé des pressions temporelles, phénomènes qui ne se limitent pas au secteur manufacturier même s'il est encore plus prégnant pour les ouvriers (Gollac et Volkoff, 2006; Gollac et Volkoff, 1996; Coutrot, 1999). D'un autre point de vue, Pommier et al. (2006) rapportent qu'en France les médecins du travail constatent un écart grandissant entre ce que leurs patients vieillissants qui travaillent peuvent supporter et les conditions qui seraient réellement adaptées à cette population (davantage des ouvriers, mais également, dans une moindre proportion, des employés et des cadres). Ils ont l'impression qu'ils traitent de plus en plus souvent des travailleurs usés prématurément qui se sentent incapables de continuer à travailler mais qui doivent le faire. De même, Flourey et Guignon (2004) indiquent que les écarts de santé entre catégories sociales, telles que mesurées par l'analyse des causes de décès demeurent importantes et se sont aggravées depuis les années 1970.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La recension de la littérature que nous avons effectuée montre que les scénarios définis par l'INSPQ (voir tableau I, page 4) pour encadrer la réflexion sur les effets de la retraite ou du maintien en emploi sur la santé sont tout à fait pertinents, comme le démontrent les divers éléments d'information que nous avons recueillis. Toutefois, les données de recherche disponibles ne permettent pas de tirer des conclusions détaillées sur chacun d'entre eux. Examinons néanmoins quelques constats généraux concernant chacune des situations.

Certaines indications existent à l'effet que la prise de retraite à un âge qui diffère des normes sociales (scénarios de retraite précoce) peut entraîner des problèmes de santé. Toutefois, il faut immédiatement préciser que le scénario vraiment problématique est celui de la retraite précoce **involontaire**, d'ailleurs souvent associé à des pertes de revenus. En d'autres termes, si l'âge « conventionnel » de la retraite, variable selon les milieux et en baisse depuis quelques années, est susceptible de placer les individus dans une situation où ils sont « hors normes », c'est surtout lorsque cette situation n'est pas choisie qu'elle pose problème.

Concernant les différents statuts d'emploi à l'âge « conventionnel » de la retraite, on doit, encore une fois, les mettre en parallèle avec leur caractère choisi ou non, de même qu'avec les circonstances dans lesquelles ils se produisent. Le maintien en emploi n'est vraisemblablement pas un problème s'il est choisi, si les conditions de travail sont adéquates, si le travail n'est pas dommageable pour la santé et si le travailleur est en bonne santé. On peut en dire autant de la retraite, notamment lorsqu'elle n'entraîne pas de pertes de revenus et lorsque les individus sont en santé, état en partie déterminé par les conditions antérieures de travail. Toutefois, la réflexion sur les effets du maintien en emploi ou de la retraite sur la santé se fait, la plupart du temps, indépendamment de la réflexion sur les conditions de travail qui les précèdent.

En ce qui concerne les scénarios sur les raisons du retour en emploi, il est très peu probable que le fait de retourner au travail par attachement au travail ou pour des fins de « réalisation personnelle » soit problématique, d'autant moins que l'on peut penser que de telles raisons sont associées au choix et à des contenus et des conditions de travail « épanouissants ». Toutefois, on sait très peu de choses sur sa fréquence réelle, même si on a tendance à l'idéaliser dans une situation où l'on craint, à tort ou à raison, des pénuries de main-d'oeuvre. On sait également peu de choses des retours en emploi pour besoins financiers. Ce sujet, moins séduisant que le précédent, mériterait d'autant plus d'être documenté qu'il est vraisemblable que ce type de retour est probablement assimilable à des situations de contrainte, dont il est prouvé qu'elles ont des effets négatifs sur la santé. Ceci est particulièrement plausible étant donnée la forte corrélation entre les revenus (ou le patrimoine) et la santé ainsi que dans le contexte actuel où prévalent de fortes aspirations à la retraite.

Enfin, il est connu que le chômage, particulièrement de longue durée, est une des situations problématiques pour la santé. Il reste encore à documenter plus précisément ses effets chez les 55 ans ou plus et d'en établir les liens avec la retraite. À cela, il faudrait ajouter toutes les situations de précarité et d'instabilité professionnelle dont les effets sur la santé sont très peu documentés.

Plus globalement, ce travail nous mène à conclure que, contrairement à une croyance populaire bien ancrée, rien n'indique qu'en lui-même le fait de prendre sa retraite ou de demeurer en emploi ait un effet sur la santé. Cette conclusion rejoint celle de Warr (1998) pour qui : «la bonne santé mentale à l'âge avancé ne dépend pas du fait d'occuper ou non un emploi; la condition clef nécessaire est l'exposition à un ensemble de conditions bénéfiques, quelle qu'en soit la source » (Warr, 1998, p. 253, traduction libre).

Toutefois, il est bien établi que :

- 1) Le **choix du statut d'emploi est une variable clef** : les statuts involontaires sont ceux qui entraînent des problèmes de santé. À cet égard, la retraite a été davantage documentée, mais quelques auteurs font le même constat s'agissant du maintien en emploi. Le choix est donc un déterminant important des effets de la retraite ou du maintien en emploi. Toutefois, il demeure un privilège et certains groupes de travailleurs, ceux qui cumulent les mauvaises conditions sur le marché de l'emploi, sont également ceux qui sont les moins à même de choisir de prendre leur retraite ou de demeurer en emploi.
- 2) Certaines conditions de travail sont néfastes pour la santé physique ou mentale, parmi les mieux documentées se retrouvent les suivantes : les trop grandes exigences physiques, les horaires alternants, le travail de nuit, la faible autonomie, les demandes psychologiques trop élevées ou trop faibles, l'absence de rétribution proportionnelle aux exigences, l'exposition à des contaminants, le travail répétitif (surtout sous contrainte de temps).
- 3) Les inégalités sociales de santé sont très présentes au travail, la morbidité et la mortalité allant toutes deux en diminuant du bas au sommet de l'échelle sociale (gradient de santé). Cette dimension de la question apparaît peu dans les recherches directement liées à la question à l'étude de cette recension.
- 4) La santé est une des plus importantes causes de la décision de retraite ou de maintien en emploi.

Par conséquent, les questions du maintien en emploi et de la retraite ne peuvent faire l'économie d'une réflexion sur les déterminants sociaux de la santé et, plus globalement, sur les inégalités sociales, qui devraient en constituer un axe essentiel. Dans cette perspective, il n'existe pas de « travailleur âgé », car les travailleurs de tous âges ont une appartenance de classe, d'ethnie et de genre, toutes appartenances qui modèlent non seulement leurs parcours professionnels, mais également leurs fins de carrière et leurs retraites.

À notre avis, la classe sociale est l'élément structurel le plus déterminant de toute possibilité reliée au vieillissement, parce que la classe sociale est l'élément structurel qui est le plus systématiquement lié à la quasi totalité des mesures de santé et de maladie. L'appartenance ethnique et le sexe constituent également des caractéristiques très importantes. (Estes et Mahakian, 2001, p. 202, traduction libre)

BIBLIOGRAPHIE

- Avison, W. R. (2001) «Unemployment and Its Consequences for Mental Health», dans Marshall, V. W.; Heinz, W. R.; Krüger, H. et Verma, A., *Restructuring Work and the Lifecourse*, Toronto : University of Toronto Press, p. 177-200
- Barnay, T. (2005) «Pénibilité du travail, santé et droits d'accès à la retraite», *Retraite et société*, no 46, p. 170-197
- Bellaby, P. (2006) «Can they Carry On Working? Later Retirement, and Social Inequality in an Aging Population», *International Journal of Health Services*, vol. 36, no 1, p. 1-23
- Bender, K. A. (2004) *The Well-Being of Retirees : Evidence Using Subjective Data*, Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College
- Bossé, R.; Aldwin, C. M.; Levenson, M. R. et Ekerdt, D. J. (1987) «Mental Health Differences among Retirees and Workers : Findings from the Normative Aging Study», *Psychology and Aging*, vol. 2, no 4, p. 383-389
- Bourdouxhe, M. A.; Queinnec, Y.; Granger, D.; Baril, R. H.; Guertin, S. C.; Massicotte, P. R.; Levy, M. et Lemay, F. L. (1999) «Aging and Shiftwork : The Effects of 20 Years of Rotating 12-hour Shifts among Petroleum Refinery Operators», *Experimental Aging Research*, vol. 25, no 4, p. 323-329
- Breeze, E.; Fletcher, A. E.; Leon, D. A.; Marmot, M. G.; Clarke, R. J. et Shipley, M. J. (2001) «Do Socioeconomic Disadvantages Persist Into Old Age? Self-Reported Morbidity in a 29-Year Follow-Up of the Whitehall Study», *American Journal of Public Health*, vol. 91, no 2, p. 277-283
- Brocas, A.-M. (2004) «Avant-propos», *Retraite et société*, no 43, p. 4-9
- Burnay, N.; Kiss, P. et Malchaire, J. (2005) «Sociability, Life Satisfaction, and Mental Health According to Age and (un)Employment Status», *International Congress Series*, no 1280, p. 347-352
- Butterworth, P.; Gill, S. C.; Rodgers, B.; Anstey, K. J.; Villamil, E. et Melzer, D. (2006) « Retirement and Mental Health : Analysis of the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being », *Social Science and Medicine*, vol. 62, no 5, p. 1179-1191
- Buxton, J. W.; Singleton, N. et Melzer, D. (2005) «The Mental Health of Early Retirees. National Interview Survey in Britain», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 40, no 2, p. 99-105
- Calvo, E. (2006) «Does Working Longer Make People Healthier and Happier?», *Work Opportunities for Older Americans*, no 2, p. 1-9
- Canada, S. (2006) *Revue chronologique de la population active (CD-ROM)*, Ottawa : Statistique Canada

- Canada, S. (2007) «Étude : Les pertes de gains des travailleurs déplacés, 1988 à 1997», *Le Quotidien*, no 16 janvier, p. 2-4
- Carrière, Y. (1995) «Le dualisme économique et les inégalités face à la retraite», dans Guillemard, A.-M., *Entre travail, retraite et vieillesse. Le grand écart*, Paris : L'Harmattan, p. 225-248
- Cassou, B.; Derriennic, F.; Montfort, C.; Iwatsubo, Y. et Amphoux, M. (2001) «Évolution de la santé après la retraite et conditions de travail durant la vie active : à propos d'une cohorte de retraités parisiens suivis 10 ans», dans *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions. Colloque des 18 et 19 novembre 1999*, Toulouse : Octarès, p. 115-123.
- Charles, K. K. (2002) *Is Retirement Depressing? Labor Force Inactivity and Psychological Well-Being in Later Life*, Cambridge : National Bureau of Economic Research, Working paper 9033
- Chauvel, L. (2006) «La responsabilité des générations», *Projet*, no 266, p. 14-22
- Cooke, M. (2006) «Policy Changes and the Labour Force Participation of Older Workers : Evidence from Six Countries», *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 25, no 4, p. 387- 400
- Coutrot, T. (1999) *Critique de l'organisation du travail*, Paris : La Découverte
- Crenner, E. (2006) « Être retraité : quelle identité après le travail? », *Économie et statistique*, no 393-394, p. 41-59
- Crespo, S. (1999) «Les impacts de la sortie anticipée d'activité sur les travailleurs âgés», dans Crespo, S. et Beausoleil, J., *La sortie anticipée d'activité des travailleurs de 45 à 64 ans. Fiches techniques*, Montréal : INRS- Urbanisation, culture et société, p. 87-96
- Crompton, S. (1996) «Travailleurs âgés et santé», *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 8, no 3, p. 33-39
- David, H. (1995) «Rapports sociaux et vieillissement de la population active», *Sociologie et sociétés*, vol. 27, no 2, p. 57-68
- de Grâce, G. R.; Joshi, P.; Pelletier, R. et Beaupré, C. (1994) « Conséquences psychologiques de la retraite en fonction du sexe et du niveau occupationnel antérieur », *Canadian Journal on Aging*, vol. 13, no 2, p. 149-168
- Delbès, C. et Gaymu, J. (2003) *La retraite quinze ans après*, Paris : Institut national d'études démographiques
- Derriennic, F. (2004) «Rôle de la santé et des conditions de travail sur les cessations d'activité professionnelle après 50 ans», dans l'emploi., C. d. é. d., *Conditions de travail, santé et aspiration à la retraite (Actes du séminaire «Vieillesse et travail» 2003)* : Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail, p. 59-78

Derriennic, F.; Saurel-Cubizolles, M.-J. et Montfort, C. (2003) «Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés», *Travail et emploi*, no 96, p. 37-53

Des Rivières, M. (2002) *Une fin ou un début? Avis du Conseil des aînés sur la retraite*, Québec : Conseil des aînés

Deschênes, N. et Stone, L. (2006) «La probabilité d'atteindre l'état de «retraité» : une analyse longitudinale des variations entre hommes et femmes», dans Stone, L., *Les nouvelles frontières de recherche au sujet de la retraite*, Ottawa : Statistique Canada, p. 241-268

Desplanques, G. (2001) «Effet de sélection et disparités de mortalité», dans Cassou, B. et al., *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions. Colloque des 18 et 19 novembre 1999*, Toulouse : Octarès, p. 33-41

Dhaval, D.; Rashad, I. et Spasojevic, J. (2006) *The Effects of Retirement on Physical and Mental Health Outcomes*, Cambridge : National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper (w12123)

Drentea, P. (2002) «Retirement and Mental Health», *Journal of Aging and Health*, vol. 14, no 2, p. 167-194

Dubois, M. et Ntetu, A. L. (2002) «Du travail à la retraite anticipée. Les parcours d'un groupe de travailleurs de la région du Saguenay-Lac-St-Jean», *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, vol. 19, no 1, p. 111-127

Ekerdt, D. J. (1987) «Why the Notion Persists that Retirement Harms Health», *The Gerontologist*, vol. 27, no 4, p. 454-456

Ekerdt, D. J.; Baden, L.; Bossé, R. et Dibbs, E. (1983) «The Effect of Retirement on Physical Health», *American Journal of Public Health*, vol. 73, no 7, p. 779-783

Elder, H. W. et Rudolph, P. M. (1999) «Does Retirement Planning Affect the Level of Retirement Satisfaction?», *Financial Services Review*, vol. 8, p. 117-127

Estes, C. L. et Mahakian, J. L. (2001) «The Political Economy of Productive Aging», dans Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J. et Sherraden, M. W., *Productive Aging : Concepts and Challenges*, Baltimore : Johns Hopkins University Press, p. 197-213

Fallick, B. C. (1996) «A Review of the Recent Empirical Literature on Displaced Workers», *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 50, no 1, p. 5-16

Floury, M.-C. et Guignon, N. (2004) «Santé et travail : le puzzle des enquêtes», dans Bué, J.; Coutrot, T. et Puech, I., *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse : Octarès, p. 15-24

Fonseca, A. M. et Constança, P. (2004) «Health and Aging : Does Retirement Transition Make any Difference?», *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 13, no p. 257-260

- Gall, T. L.; Evans, D. R. et Howard, J. (1997) «The Retirement Adjustment Process : Changes in the Well-being of Male Retirees across Time», *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, vol. 52b, no 3, p. 110-117
- Gallo, W. T.; Bradley, E. H.; Dubin, J. A.; Jones, R. N.; Falba, T. A.; Teng, H. M. et Kasl, S. V. (2006) «The Persistence of Depressive Symptoms in Older Workers who Experience Involuntary Job Loss : Results from the Health and Retirement Survey.», *Journal of Gerontology : Social Sciences*, vol. 61b, no 4, p. S221-S228
- Gallo, W. T.; Bradley, E. H.; Siegel, M. et Kasl, S. V. (2000) «Health Effects of Involuntary Job Loss among Older Workers : Findings from the Health and Retirement Survey», *Journal of Gerontology : Social Sciences*, vol. 55b, no 3, p. S131-S140
- Gill, S. C.; Butterworth, P.; Rodgers, B.; Anstey, K. J.; Villamil, E. et Melzer, D. (2006) «Mental Health and the Timing of Men's Retirement », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, no 7, p. 515-522
- Gollac, M. et Volkoff, S. (1996) «Citius, altius, fortius», *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. no 114, p. 54-67
- Gollac, M. et Volkoff, S. (2006) «La santé au travail et ses masques», *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. no 163, p. 4-17
- He, Y. H.; Colantonio, A. et Marshall, V. W. (2003) «Later-Life Career Disruption and Self-Rated Health : An Analysis of General Social Survey Data», *Canadian Journal on Aging*, vol. 22, no 1, p. 45-57
- He, Y. H.; Colantonio, A. et Marshall, V. W. (2006) «Instabilité professionnelle en fin de carrière et santé après la retraite», dans Stone, L., *Les nouvelles frontières de recherche au sujet de la retraite*, Ottawa : Statistique Canada, p. 351-374
- Hennard, J.-C. (2002) *Les défis du vieillissement : la vieillesse n'est pas une maladie!*, Paris : La Découverte
- Herzog, R. A.; House, J. S. et Morgan, J. N. (1991) «Relation of Work and Retirement to Health and Well-being in Older Age», *Psychology and Aging*, vol. 6, no 2, p. 201-211
- Hicks, P. (2003), «Les conséquences du vieillissement sur les politiques. Regard sur l'évolution de la réflexion à l'échelle nationale et internationale.», *Projet de recherche sur les politiques*, <http://recherchepolitique.gc.ca>
- Hinterlong, J.; Morrow-Howell, N. et Sherraden, M. W. (2001) «Productive Aging. Principles and Perspectives», dans Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J. et Sherraden, M. W., *Productive Aging : Concepts and Challenges*, Baltimore : Johns Hopkins University Press, p. 3-18
- Hinterlong, J. E. (2006) «Race Disparities in Health among Older Adults : Examining the Role of Productive Engagement», *Health & Social Work*, vol. 31, no 4, p. 275-288
- Hirsch, D. (2000) *Transitions after 50. Older People and Paid Work* : New Policy Institute

Isaksson, K. et Johansson, G. (2000) «Adaptation to Continued Work and Early Retirement Following Downsizing : Long-term Effects and Gender Differences», *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 73, no 2, p. 241-256

Jakubowski, D. U. (1985) *The Initial Impact of Retirement on Mental Health and Social Adjustment : a Prospective Study (thèse de doctorat)*, Iowa : University of Iowa (psychologie)

Joly, N. A. (2004) *Impact du caractère volontaire et involontaire du départ à la retraite sur le bien-être psychologique et le fonctionnement social des retraités (mémoire de maîtrise)*, Université de Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines (gérontologie)

Karasek, R. et Theorell, T. (1990) *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York : Basic Books

Lafleur, C. (2002) *La qualité de vie selon le statut de retraité (mémoire de maîtrise)*, Université de Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines (gérontologie)

Lagacé, C. (2005) «Chapitre 1. Vers une compréhension différenciée des processus de vieillissement au travail», dans Lagacé, C.; Tourville, Y. et Robin-Brisebois, A., *Vieillesse de la main-d'œuvre, pratiques d'entreprises et politiques publiques*, Montréal : INRS-Urbanisation, Culture et Société, p. 6-31

Lagacé, C. (2003) *Pratiques de gestion et représentations du vieillissement. Recherche exploratoire menée dans le secteur de la fabrication métallique industrielle*, Montréal : INRS-Urbanisation, culture et société

Laroche, G. (2003), *Changements démographiques et travailleurs hautement qualifiés*, CETECH, www.cetech.gouv.qc.ca

Lasfargues, G. (2005) «Pénibilité du travail : quels effets sur la santé?», dans *Les évolutions de la santé au cours de la vie professionnelle : altération, préservation, construction : actes du Séminaire «Vieillesse et travail» (année 2004)*, Noisy-Le-Grand : Centre d'études de l'emploi, p. 67-84

Lavis, J. N. (1997) *An Inquiry into the Links between Labour Market Experiences and Health (thèse de doctorat)*, Cambridge : Harvard University, Committee of Health Policy

Lefrançois, R.; Dubé, M.; Leclerc, G.; Hamel, S. et Gaulin, P. (2001) «Ressources psychosociales, événements transitoires et qualité de vie des personnes vieillissantes», *Santé mentale au Québec*, vol. 26, no 1, p. 242-273

Lesemann, F. et D'Amours, M., avec la collaboration de Beausoleil, J.; Crespo, S.; Lagacé, C. et Tourville, Y. (2006) *Vieillesse au travail, emplois et retraites*, Montréal : Éditions Saint-Martin

Lesemann, F. et Goyette, C. (2003) *Les travailleurs de l'économie du savoir*, Québec: Conseil de la science et de la technologie

Levet, P. (2005) «Qui sont les seniors? », dans Raoult, N. et Quintreau, B., *La diversité des âges. Regards croisés d'experts*, Paris Liaisons, p. 71-82

- Liao, Y.; McGee, D. L.; Kaufman, J. S.; Cao, G. et Cooper, R. S. (1999) «Socioeconomic Status and Morbidity in the Last Years of Life», *American Journal of Public Health*, vol. 89, p. 569-572
- Luoh, M. et Herzog, A. R. (2002) «Individual Consequences of Volunteer and Paid Work in Old Age : Health and Mortality», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, no 4, p. 490-509
- Marshall, V. W.; Clarke, P. J. et Ballantyne, P. J. (2001) «Instability in the Retirement Transition : Effects on Health and Well-being in a Canadian Study», *Research on Aging*, vol. 23, no 4, p. 379-409
- McDonald, L. (2006) «La retraite selon le sexe : le bien-être des femmes et la «nouvelle» retraite», dans Stone, L., *Les nouvelles frontières de recherche au sujet de la retraite*, Ottawa : Statistique Canada, p. 149-180
- McNamara, T. K. (2003) *The Role of Social Context in the Relationship between Health and Retirement (thèse de doctorat)*, Boston College : Graduate School of Arts and Sciences (sociologie)
- Mein, G.; Higgs, P. et Stansfeld, S. A. (1998) «Paradigms of Retirement : The Importance of Health and Ageing in the Whitehall II Study», *Social Science and Medecine*, vol. 47, no 4, p. 535-545
- Mein, G.; Martikainen, P.; Hemingway, H.; Stansfeld, S. A. et Marmot, M. G. (2003) «Is Retirement Good or Bad for Mental and Physical Health Functioning? Whitehall II longitudinal Study of Civil Servants», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, no 1, p. 46-49
- Michaud, A. (2001) *La réalité des aînés québécois, 2^e édition*, Québec : Conseil des aînés
- Minkler, M. (1981) «Research on the Health Effects of Retirement : An Uncertain Legacy», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 22, no 2, p. 117-130
- Minni, C. et Topiol, A. (2002) «Peu d'initiatives en faveur des seniors dans les entreprises», *Retraite et société*, no 37, p. 112-141
- Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (2002) «Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort», *Gérontologie et société*, no 101, p. 63-83
- Molinié, A.-F. (2001) «Introduction. Évolution des exigences du travail et itinéraires des salariés vieillissants», dans Cassou, B. et al., *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions. Colloque des 18 et 19 novembre 1999*, Toulouse : Octarès, p. 13-29
- Molinié, A.-F. (2003) *Âge et conditions de travail au sein de l'Union européenne*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail
- Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J.; Sherraden, M. W. et Rozario, P. (2001) «Advancing Research on Productivity in Later Life», dans Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J. et Sherraden, M. W., *Productive Aging : Concepts and Challenges*, Baltimore : Johns Hopkins University Press, p. 285-311

- Neuman, K. (2004) *The Health Effects of Retirement : A Theoretical and Empirical Investigation (thèse de doctorat)*, Indiana : University of Notre Dame (économie)
- Nouroz, H.; Stone, L. et Randhawa, H. K. (2006) «Les modèles distinctifs de transitions à la retraite chez les travailleurs autonomes», dans Stone, L., *Les nouvelles frontières de recherche au sujet de la retraite*, Ottawa : Statistique Canada, p. 279-318
- Nuttman-Shwartz, O. (2004) «Like a High Wave : Adjustment to Retirement», *The Gerontologist*, vol. 44, no 2, p. 229-236
- Ohrui, T.; Matsui, T.; He, M.; Ebihara, S. et Sasaki, H. (2004) «Relation between Retirement and Subsequent Health Status in Highly Educated Older Men », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, no 12, p. 2145-2147
- Pailhé, A. (2004) «Les travailleurs âgés sont-ils protégés?», dans Bué, J.; Coutrot, T. et Puech, I., *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse : Octarès, p. 55-64
- Phillipson, C. et Smith, A. (2005) *Extending Worklife. A Review of the Research Literature (Research Report no 299)*, Royaume Uni : Department for Work and Pensions
- Pitrou, A. (2006) «L'irremplaçable troisième âge. Entre famille, travail et solidarités», dans Stone, L., *Les nouvelles frontières de recherche au sujet de la retraite*, Ottawa : Statistique Canada, p. 121-136
- Projet de recherche sur les politiques (2005) *Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite : rapport de projet*, Ottawa : Projet de recherche sur les politiques
- Pommier, J. L.; Bardouillet, M. C.; Gilles, M. et Molinié, A.-F. (2006) «Ce salarié devrait cesser de travailler : une approche de l'usure professionnelle des 50 ans et plus», *Retraite et société*, no 49, p. 39-59
- Price, C. A. (2002) «Retirement for Women : the Impact of Employment», *Journal of Women and Aging*, vol. 14, no 3-4, p. 41-57
- Quintreau, B. (2005) «Le retournement démographique : une chance pour les entreprises et les salariés», dans Raoult, N. et Quintreau, B., *La diversité des âges. Regards croisés d'experts*, Paris Liaisons, p. 34-50
- Reitzes, D. C. et Mutran, E. J. (2004) «Transition to Retirement : Stages and Factors that Influence Retirement Adjustment », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 59, no 1, p. 63-84
- Richardson, V. E. (1999) «Women and Retirement», *Journal of Women and Aging*, vol. 11, no 2-3, p. 49-66
- Richardson, V. E. et Kilty, K. M. (1991) «Adjusting to Retirement : Continuity vs Discontinuity», *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 33, no 2, p. 151-169

- Richardson, V. E. et Kilty, M. (1995) «Gender Differences in Mental Health before and after Retirement : a Longitudinal Analysis», *Journal of Women and Aging*, vol. 7, no 1-2, p. 19-35
- Ross, C. E. et Drentea, P. (1998) «Consequences of Retirement Activities for Distress and the Sense of Personal Control», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 39, no 4, p. 317-334
- Sarfati, H. (2004) «Gender, Discontinued Careers and Low Activity Rates in a Long Life Society», *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 59, no 2, p. 379-415
- Schellenberg, G. (2004) *Projets et attentes des Canadiens non retraités de 45 à 59 ans en matière de retraite*, Ottawa : Statistique Canada
- Schellenberg, G. et Silver, C. (2004) «On ne peut pas toujours avoir ce que l'on veut : préférences et expériences de retraite», *Tendances sociales canadiennes*, no 75, p. 2-8
- Shaw, W. S.; Patterson, T. L.; Semple, S. et Grant, I. (1998) «Health and Well-Being in Retirement : A Summary of Theories and their Implications», dans Hersen, M. et Van Hasselt, V. B., *Handbook of Clinical Geropsychology. The Plenum Series in Adult Development and Aging*, New York : Plenum Press, p. 383-409
- Shultz, K. S.; Morton, K. R. et Weckerle, J. R. (1998) «The Influence of Push and Pull Factors on Voluntary and Involuntary Early Retirees. Retirement Decision and Adjustment», *Journal of Vocational Behavior*, vol. 53, no p. 45-47
- Singh, G. et Verma, A. (2001) «Labour Market Experiences of Early "Retirees"», dans Marshall, V. W.; Heinz, W. R.; Krüger, H. et Verma, A., *Restructuring Work and the Lifecourse*, Toronto : University of Toronto Press, p. 288-302
- Stone, L. (2006) «Introduction», dans Stone, L., *Les nouvelles frontières de recherche au sujet de la retraite*, Ottawa : Statistique Canada, p. 29-37
- Svanborg, A. (2001) «Biomedical Perspectives on Productive Aging», dans Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J. et Sherraden, M. W., *Productive Aging : Concepts and Challenges*, Baltimore : Johns Hopkins University Press, p. 81-101
- Taddei, D.; Charpin, J. M.; Davanne, O. et Abitbol, M. (2000) *Retraites choisies et progressives*, Paris: La Documentation française
- Taylor, B. A. et Bengtson, V. L. (2001) «Sociological Perspectives on Productive Aging», dans Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J. et Sherraden, M. W., *Productive Aging : Concepts and Challenges*, Baltimore : Johns Hopkins University Press, p. 120-144
- Theorell, T. (2001) «Ageing, Health and Psychological Factors», *European Review*, vol. 9, no 4, p. 479-485
- Townson, M. (2006) *Growing Older, Working Longer : the New Face of Retirement*, Ottawa : Canadian Center for Policy Alternatives

Villamil, E.; Huppert, F. A. et Melzer, D. (2006) «Low Prevalence of Depression and Anxiety is Linked to Statutory Retirement Ages rather than Personal Work Exit : a National Survey », *Psychological Medicine*, vol. 36, no 7, p. 999-1009

Walker, A. (2002) «La vieillesse est une expérience non homogène», *Retraite et société*, vol. no 37, p. 234-239

Wannell, T. (2007) «Les jeunes retraités», *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 8, no 2, p. 5-16

Warr, P. B. (1998) «Age, Work and Mental Health», dans Schaie, K. W. et Schooler, C., *The Impact of Work on Older Adults*, New York: Springer, p. 252-29

ANNEXE 1

BASES DE DONNÉES CONSULTÉES ET RÉSULTATS DES RECHERCHES

ANNEXE 1 BASES DE DONNÉES CONSULTÉES ET RÉSULTATS DES RECHERCHES

Les lignes et le tableau qui suivent présentent une synthèse de la recherche documentaire dans les diverses bases de données consultées pour la recension de la littérature, plus précisément sur les études empiriques susceptibles de répondre précisément à la question de recherche et non sur l'ensemble des textes consultés aux fins de rédaction du rapport, qui incluent plusieurs textes d'information contextuelle et de réflexion sur les différents thèmes abordés.

Les critères de sélection des articles ont été les suivants :

- langue (français ou anglais);
- périodes variables selon la flexibilité des bases de données (critère de base, 1995-2007);
- articles qui, de près ou de loin, semblaient couvrir la question confiée à l'examen de l'INRS. Étant donnée la relative rareté de la documentation sur les effets du maintien en emploi, plusieurs articles plus généraux ont été retenus (et souvent éliminés par la suite) afin de ne pas laisser échapper des résultats de recherche pertinents qui auraient pu ressortir d'études connexes.

Dans la plupart des cas, les mots clefs ont été recherchés dans les descripteurs, puis dans les résumés lorsqu'il n'y avait que peu de résultats. Pour les concepts reliés au maintien en emploi, les recherches ont été faites dans tous les champs (parce que, dans la plupart des cas, les résultats des recherches par descripteurs étaient très limités ou nuls). Voici les mots clefs employés pour chacun des concepts :

- Âge, travail et santé :
 - travailleurs âgés/travailleurs vieillissants/travailleurs âgés et santé/travail, âge et santé/vieillessement, travail, santé/âge et travail/personnes âgées et travail.
 - *age(d, ing, aging) and health and wor /older workers elderly workers/age(d, ing, aging) and work.*
- Maintien en emploi
 - maintien en emploi / vieillissement actif / extension de la vie professionnelle / allongement de la vie active;
 - *continuous participation in the labor force / postretirement employment / worklife expectancy / reentry workers / worklife extension / later retirement / productive aging and health / active aging and health.*
- Retraite et santé (dans certains cas, nous avons recherché seulement «retraite» et ses variantes préretraite, retraite anticipée, retraite progressive, etc., afin d'élargir les résultats)
 - retraite et santé;
 - *retirement and health.*

Tableau I. Résultats de la recherche documentaire

Bases de données	Concepts				Résultats retenus pour pertinence ¹⁵
	« Âge, travail et santé » ou « Travailleurs âgés et santé »	Maintien en emploi	Retraite et santé	Retraite ou préretraite	
Ageline				218	14
Annotated Bibliography of Canadian Demography	30		39		3
Article@INIST (1990-2005)	63	3	189	129	19
Atrium (Université de Montréal)	56	7	4	252	5
CAIRN	53 / 273	4	0	5	
Canadian Research Index	89	11	43		5
CINHAL	101	0	323		6
Canadian Periodical Index	5	3	2		1
E-Stat	64 / 33	0	39	296	3
ERIC	40	13 / 27	49		4
Ergonomic Abstracts Online	17		71		0
Érudit	7	9 / 94	5	41	2
Francis	24 / 5	8	150		0
Fichier central des thèses (2000-)	0	0		40	0
Google Scholar (2000-2007)	Français : 811 Anglais : 3340; lu les 400 premières références	3 / 3 / 62	235		6
IRIS (BANQ)	146 / 58	6	17	22 / 302	23
Manitou (réseau UQ)	318 / 29 / 596 / 167	7 / 14	122	145	63
MSSS (catalogue du centre de documentation)	7 / 5	3	34		0
NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)	54 / 163	1	18		0
OIAster	5	23	62		1
Population Index	2			12	0
Proquest Digital Dissertations (derniers 10 ans)	43		377		4
PsychInfo	78	1	20		3
Pubmed	18 / 160	104 / 1	62		23
Repères	7 / 173	18	14		4
Santécom	10 / 9	3	0	1	0
Science Direct	2 / 19	18	18		2
Sociological Abstracts	18 / 11	47	125		22
Thèses Canada	0	0	0	12	2
University of	586		360		0

¹⁵ Les articles retenus à cette étape ne figurent pas nécessairement dans le rapport et la bibliographie parce que plusieurs ont été éliminés suite à la lecture.

Bases de données	Concepts				Résultats retenus pour pertinence ¹⁵
	« Âge, travail et santé » ou « Travailleurs âgés et santé »	Maintien en emploi	Retraite et santé	Retraite ou préretraite	
California eScholarship Digital Library ¹⁶					
Web of Science	131	2 / 59	648		20

¹⁶ Devant l'abondance des résultats, obtenus par la consultation de tous les champs, car la consultation par sujet ne donnait aucun résultat, nous avons restreint la recherche en consultant les centres de recherche. Les centres suivant ont été consultés : *California Policy Research Center, Institute for Health and Aging.*

ANNEXE 2

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

ANNEXE 2 CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Le tableau suivant constitue une synthèse des caractéristiques des études que nous avons recensées. Comme dans le texte principal, il rapporte surtout les résultats colligés pour la santé physique, l'anxiété et la dépression. La liste des variables mesurées comporte toutefois les autres mesures « d'adaptation » telles que présentes dans les études recensées. Les résultats en font parfois mention, lorsque nous le jugeons pertinent.

Tableau II. Caractéristiques des études recensées

Étude	Objet	Population, échantillon ¹⁷ , source ¹⁸ , mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats ¹⁹
Bellaby (2006)	Quel est le volume réel d'individus aptes au travail si on augmente l'âge de la retraite ? Dans quelle mesure une telle hausse de l'âge de la retraite affecterait-elle la santé ? Les inégalités sociales sont-elles susceptibles d'augmenter si l'on augmente l'âge de la retraite ?	Royaume-Uni, 1984-1991 n=5344, 18 ans et plus <i>Health and Life Styles Survey (HALS)</i> Entrevues et examens cliniques en 1984 et en 1991 Régressions logistiques	Statut d'emploi (retraite, chômage, travail, inactivité, tâches domestiques)	Santé et bien-être (auto-évalués et examens cliniques) (La description des mesures précises n'est pas complète dans le texte) Mortalité avant 80 ans	Sexe Âge Âge de la retraite Fait d'être travailleur manuel ou non (La description des mesures n'est pas complète dans le texte)	L'analyse portait sur une période de chômage important, notamment chez les travailleurs les plus âgés. Elle montre que plusieurs personnes aptes au travail ont été soustraites de l'activité, même si proportionnellement plus de personnes inaptes ont été soustraites de l'activité. La hausse de l'âge de la retraite affecterait-elle la santé de la population ? La santé se détériore avec l'avancée en âge durant la période d'activité puis elle se détériore beaucoup moins rapidement lorsque l'activité cesse. À l'âge de 65 à 74 ans, groupe pour lequel on suggère de hausser l'âge de la retraite, il y a une hausse prononcée de la morbidité chez ceux qui demeurent en emploi, mais pas dans les autres groupes (nouveaux inactifs ou inactifs de longue date). Les données cliniques analysées par l'auteur indiquent que les travailleurs manuels sont plus à risque et que le statut d'emploi est moins déterminant.
Bossé, Aldwin, Levenson et Ekerdt (1987)	Effet de la retraite sur la dépression	États-Unis (Boston) 1985 n=1565 hommes, nés entre 1884 et 1945 <i>Boston Veterans Administration Normative Aging Study</i> Questionnaires auto-administrés par la poste Analyses multivariées	Statut d'emploi (retraite complète, retraite avec travail, travail à temps plein, travail à temps partiel, chômage)	Dépression (SCL-90-R, Derogatis, 1983) Santé physique (présence de problèmes de santé, gravité des problèmes, histoires de santé par examens médicaux)	Sélection d'un échantillon en bonne santé Âge Circonstances de la retraite (durée, fait de travailler à temps partiel, âge de la retraite)	Les retraités, même en contrôlant l'âge, rapportent plus de problèmes de santé physique. Les retraités, même en contrôlant les problèmes de santé physique, rapportent plus de symptômes liés à la dépression. Chez les retraités, il n'y a pas de différence de symptômes liés à la dépression entre ceux qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas. Il n'y a pas de lien entre la durée de la retraite et les symptômes dépressifs. Toutefois, il y a une différence entre ceux qui ont pris leur retraite prématurément et les autres, les personnes ayant pris leur retraite prématurément rapportant plus de symptômes dépressifs. Cette analyse, ne permet toutefois pas de déterminer si la retraite est la cause de ces observations ou s'il s'agit d'un effet

¹⁷ Dans tous les cas, il s'agit des tailles des échantillons utilisés par les auteurs pour mener leurs analyses. Dans plusieurs cas, ce sont des échantillons tirés de sources de données plus abondantes, avec spectre plus larges (par exemple, des études menées sur l'ensemble de la population dont on utilisera seulement les données concernant tel groupe d'âge ou telle catégorie).

¹⁸ Le lecteur trouvera à la suite du présent tableau une description sommaire de quelques sources de données dans cette littérature.

¹⁹ Sauf avis contraire, ce sont les résultats compte tenu des variables contrôle.

Maintien en emploi, retraite et santé. Une recension de la littérature.
 Mémoire déposé au ministère de la Famille et des Aînés
 dans le cadre de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés

Etude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	de sélection. Résultats
Burnay, Kiss et Malchaire (2005)	Bien-être selon l'âge et le statut d'emploi	Belgique, 1992-2000 n=5790 Âgés de 65 ans ou moins <i>Panel Study of Belgian Households</i> Régressions logistiques	Statut d'emploi (emploi stable, emploi temporaire, emploi précaire, sans-emploi, préretraite) Âge (moins de 30 ans, 30-39, 40-49, 50 ou plus)	Sociabilité (loisirs et vie associative) Satisfaction Santé mentale (dépression mesurée par <i>Health Daily Living Form Global Depression Scale</i>)	Sexe Scolarité Revenu Composition de la famille	L'étude confirme largement les résultats des recherches précédentes sur l'effet négatif du chômage. Les travailleurs les plus âgés manifestent plus de troubles mentaux que ceux qui ne sont pas en emploi (sans emploi ou préretraités). Le fait que, chez les 50 ans ou plus, les résultats pour le chômage se rapprochent de ceux des retraités est à relier aux politiques publiques (depuis les années 1980, pour cette catégorie d'âge, l'obligation de rechercher du travail est relâchée et il y a une indemnisation supplémentaire à certaines conditions)
Butterworth et al. (2006)	Effet de la retraite sur la santé mentale, compte tenu de l'âge et de divers facteurs associés aux troubles mentaux	Australie, 1997 n=4189, de 45 à 74 ans <i>National Survey of Health and Well-being</i> Régressions logistiques	Activité ou retraite ²⁰	Santé mentale (<i>Composite International Diagnostic Instrument</i>), avec intérêt particulier pour la dépression et l'anxiété Pour les 65 ans ou plus, questionnaire sur le fonctionnement cognitif	Santé physique (<i>Short Form 12 Health Questionnaire</i> + questions portant sur la présence de 12 problèmes de santé courants) Âge Sexe Fait d'habiter seul ou non État matrimonial Propriété du domicile source de revenu SSE	La prévalence de troubles mentaux diminue avec l'âge. Les autres facteurs habituellement associés aux troubles mentaux sont plus déterminants dans les groupes les plus âgés. La santé physique est fortement associée à la santé mentale. Chez les femmes, la diminution des troubles mentaux s'amorce au milieu de la cinquantaine, avec une recrudescence durant la première moitié de la soixantaine. Chez les hommes, la diminution commence à 65 ans (ce qui correspond à l'âge officiel de la retraite en Australie). De 45 à 64 ans, les retraités sont plus susceptibles de manifester des troubles psychologiques, mais ce n'est pas le cas par la suite. Tant chez les hommes que chez les femmes, les troubles mentaux sont associés aux problèmes de santé.

²⁰ La catégorie des « retraités » est ici formée de tous ceux qui sont hors de la population active, à partir de 45 ans, ce que les auteurs justifient par les données sur la population active qui indiquent que les taux d'activité commencent à baisser dans cette catégorie d'âge. Les chômeurs sont amalgamés aux travailleurs dans les « actifs ».

Buxton, Singleton et Melzer (2005)	Différences de santé entre les actifs et les jeunes retraités	Royaume-Uni, n=1875, 50 à 64 ans, ayant occupé un emploi rémunéré depuis l'âge de 50 ans <i>Psychiatric Morbidity Survey</i> Régressions logistiques	Statut d'emploi (actifs – en emploi et en chômage- vs inactifs – retraités ou autres ²¹)	Présence de troubles mentaux (<i>Clinical Interview Schedule-CIS-R</i>) Santé (auto-évaluation)	Âge Scolarité Occupation Classe sociale (?) Durée de l'occupation du domicile	Les troubles psychologiques affectent davantage les jeunes retraités masculins, ce qui est à considérer dans la recherche de moyens de maintenir en emploi les travailleurs jusqu'à 65 ans. La probabilité d'être « jeune retraité » est liée à l'ancienneté et aux problèmes de santé.
Calvo (2006)	Effets du maintien en emploi sur la santé	États-Unis n= 57 à 67 ans à la première observation 61 à 71 ans à la troisième observation <i>Health and Retirement Study (HRS)</i> Vagues 4 à 6 (1998-2002) Régressions logistiques	Fait d'occuper ou non un emploi rémunéré	Santé auto-évaluée Mémoire auto-évaluée Capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne Indicateurs d'humeur (dépression, solitude, bonheur) Décès	Mêmes mesures en 1998 Tabagisme Exercice Consommation d'alcool Sexe Fait d'être afro-américain ou non Groupe ethnique État matrimonial Revenu du ménage ²²	Le travail est associé à la santé sauf pour certains emplois dont les caractéristiques sont nuisibles à la santé.

²¹ Voici un amalgame qui interdit de tirer des conclusions sur la retraite comme telle, malgré les justifications des auteurs. On ne peut tenir pour acquis que les 50 ou plus sont « retraités », parce qu'ils sont « inactifs », même s'ils ont occupé un emploi depuis l'âge de 50 ans.

²² À moins que la chose nous ait échappé, rien n'indique que l'âge ait été contrôlé.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Charles (2002)	Effet de la retraite sur la santé psychologique	États-Unis n= retraités dans la soixantaine ou la septantaine - <i>Health and Retirement Study (HRS)</i> - <i>Survey of Asset and Health Dynamics among the Oldest Old (AHEAD)</i> - <i>National Longitudinal Survey of Mature Men</i> Régressions multiples	Fait d'être retraité ou non	Dépression Sentiment de solitude	Changements dans « l'environnement » de la retraite (modifications législatives et administratives pour encourager le maintien en emploi, conceptualisées comme des contraintes sur les individus) Âge Scolarité Fait d'être blanc ou non État matrimonial État de santé	La corrélation entre le mal-être et la retraite est fausse, une fois que l'on a contrôlé les variables environnementales (incitations et contraintes à la retraite), elle disparaît et fait apparaître que la retraite, au contraire, est une source de bien-être.
de Grâce et al. (1994)	Effet de la prise de retraite sur la dépression, la solitude et la satisfaction de vie, en fonction du niveau occupationnel antérieur et du sexe	Québec n=106 prestataires de la RRQ, âgés de 65 ans, dont une partie occupe encore un emploi Échantillon constitué par les auteurs à partir du fichier des nouveaux prestataires de la RRQ Questionnaires auto-administrés par la poste Analyses de variance	Fait d'être ou non retraité Sexe Niveau occupationnel antérieur	Échelle de solitude de l'Université Laval Questionnaire de dépression de Beck Échelle de satisfaction de vie (Blais et al., 1989)	Revenu Scolarité Santé	Il n'y a aucune différence entre les deux moments de l'étude en ce qui concerne la dépression (ni la solitude ou la satisfaction de vie). Toutefois, chez les professionnels et chez les hommes, il y a détérioration des trois indicateurs.
Delbès et Gaymu (2003)	Effet du capital social et économique accumulé durant la vie professionnelle sur l'expérience de la retraite	France, 1984-1997 n=en 1984, environ 3000, nés en 1916 et en 1922, salariés du privé en 1997, environ 78% de la première phase Échantillon aléatoire extrait du fichier des cotisants de la <i>Caisse nationale d'assurance vieillesse</i> (2/3 de la population active) Questionnaires auto-administrés 1 ^{ère} phase : peu avant la retraite 2 ^e phase : immédiatement après la retraite 3 ^e phase : deux ans après la retraite 4 ^e phase : 1997 (environ 15 ans après la retraite)	Catégorie socioprofessionnelle	Revenus avant et après la retraite Santé Santé psychologique	Sexe État matrimonial Durée de la retraite Intensité et diversité des pratiques de loisirs Nombre et diversité des contacts sociaux	Jusqu'à 75 ans, la catégorie socioprofessionnelle est un facteur de protection de la santé. Cette dernière s'améliore quelque peu suivant la retraite, mais elle décline par la suite, ce qui est lié à l'âge. La détérioration est plus forte chez les femmes, mais celles-ci vivent également plus longtemps. La détérioration de la santé est également liée à celle des revenus.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Dhaval, Rashad et Spasojevic (2006)	Effets de la retraite sur la santé physique et mentale	États-Unis, 1992-2003 n=17888 à 23317 50 à 75 ans <i>Health and Retirement Study</i>	Statut d'emploi (travail, retraite complète ou retraite partielle -retraite avec travail à temps partiel-)	Santé physique (auto évaluée et déclaration d'un diagnostic médical, capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne) Santé mentale (échelle de dépression CES – <i>Center for Epidemiologic Studies</i> -)	Sexe Fait d'être ou non afro-américain Groupe ethnique État matrimonial Scolarité Revenu Couverture par une assurance maladie Âge au décès des parents Scolarité des parents Lieu de naissance	La retraite est associée à un déclin de la santé physique et mentale. ²³ Une partie de cette corrélation s'explique par le fait que la mauvaise santé <u>mène</u> à la retraite. En excluant les individus retraités pour des raisons de santé, la corrélation entre la retraite et la mauvaise santé diminue substantiellement mais demeure significative. ²⁴ La retraite partielle a un effet beaucoup moins important. Les effets physiques sont plus forts chez les hommes, tandis que les effets psychologiques sont plus importants chez les femmes.
Dretea (2002)	Effet de la retraite sur la santé mentale avec caractéristiques des activités comme médiation	États-Unis ASOC, n=2592 NSFH, n=12897 Deux études distinctes <i>Aging, Status and Sense of Control (ASOC, 1995)</i> <i>National Survey of Families and Households (NSFH, 1987-1988)</i> Entrevues téléphoniques Régressions multiples	Statut d'emploi	Sentiment de contrôle (échelle de Mirowsky-Ross) Déresse psychologique (indice composé de la dépression, des affects et de l'anxiété, à partir de l'échelle <i>Center for Epidemiologic Studies Depression- CES-D</i>) Dépression Affects positifs Anxiété ²⁵	<u>Variables intermédiaires</u> Caractéristiques des activités : autonomie, résolution de problème, routine, accomplissement (plaisir, apprentissage, contacts sociaux) <u>Variables contrôle</u> Âge Sexe Appartenance à un groupe minoritaire (être blanc vs non blanc) Scolarité État matrimonial Revenu familial Incapacité physique (mesurée par des questions relatives à la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne)	Il n'y a pas de lien entre la retraite et la dépression. Il y a moins d'anxiété et de détresse psychologique chez les retraités, ainsi que plus d'affects positifs. En revanche, les retraités ont moins de sentiment de maîtrise de leur destinée. Les résultats s'expliquent en partie par les caractéristiques des activités : comparées à celles des travailleurs, les activités des retraités sont moins sources d'apprentissage et de résolution de problème, elles sont plus routinières, mais aussi agréables et plus autonomes.
Dubois et Ntetu (2001)	Étude exploratoire sur l'effet du passage à la retraite de retraités anticipés du privé, du public et du parapublic	Québec (Saguenay Lac-St-Jean) n=19 Entretiens non directifs, ayant pour objets principaux l'identification des raisons de la prise de retraite anticipée (en moyenne à 54 ans) et la description des activités principales des retraités.				La santé des répondants s'améliore, particulièrement chez ceux qui étaient affectés par des maladies professionnelles avant la retraite.

²³ Les conditions qui entourent la retraite ne sont pas mesurées.

²⁴ Le temps écoulé depuis la prise de la retraite n'est pas mesuré.

²⁵ Les mesures varient dans les deux enquêtes. Celles qui sont rapportées ici sont celles du ASOC.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Ekerdt, Baden, Bossé et Dibbs (1983)	Évolution de la santé chez les hommes de 55 à 73 ans, comparaison entre les travailleurs et les retraités	États-Unis (Boston) n=229 retraités +409 travailleurs volontaires en bonne santé au début de l'enquête (1963) ²⁶ retraités, à l'âge de 55 à 70 ans, entre 1972 et 1981 <i>Veterans Administration Normative Aging Study</i> Régressions multiples	Statut d'emploi (déclaré par le répondant)	Santé (examen médical à tous les 5 ans jusqu'à 52 ans, puis, à tous les trois ans)	Âge de la retraite Raisons de la retraite Évaluation du niveau de vie Scolarité État matrimonial Prestige occupationnel (selon l'échelle de Duncan)	La retraite ne mène pas au déclin de la santé physique. Il y a déclin généralisé de la santé, mais pas de relation avec le statut d'emploi si on contrôle l'âge et si on élimine les retraités pour cause de santé. Chez les retraités comme tels, on n'observe pas de changement de santé selon les caractéristiques de la retraite qui l'associent à un « événement stressant » (retraite comme <i>stressful life event</i>) (retraite obligatoire ²⁷ , baisse du niveau de vie, etc.).
Fonseca et Paúl (2004)	Effet de la retraite sur la santé	Portugal (nord) n=100 (moitié retraités, moitié en emploi), 50-70 ans Échantillon « boule de neige »	Fait d'être retraité ou travailleur	Santé (selon un questionnaire adapté du <i>European Survey on Aging Protocol</i> , comprenant 29 questions visant à couvrir la santé physique, l'activité physique et intellectuelle, le sommeil, le tabagisme, la consommation d'alcool, etc.)		En tenant constants l'âge et le sexe, les différences d'une année à l'autre, la condition physique et l'auto-évaluation de l'état de santé sont les mêmes dans les deux groupes. Toutefois, les travailleurs rapportent plus de problèmes de santé ou de limitations que les retraités. En somme, la transition vers la retraite ne peut être considérée comme nuisible à la santé; ces données indiquent même le contraire. Toutefois, parmi les retraités, ceux qui rapportent une détérioration de leur santé, même s'ils sont minoritaires, affirment que cet état s'est produit depuis un an, donc après la retraite. Il y a lieu de penser que pour une certaine partie de la population, la retraite peut représenter un problème pour la santé.
Gall, Evans et Howard (1997)	Effets à court terme (1 an) et à long terme (6-7 ans) de la retraite sur la santé psychologique	Canada (London, Ontario) n=224 hommes Échantillon constitué par les auteurs par contacts avec de grandes entreprises et recrutement par les médias Régressions hiérarchiques multiples	Durée de la retraite	Santé physique et psychologique (<i>Kaiser Illness Index, Symptom checklist 90</i>) Satisfaction <i>Locus of control</i>	Âge Occupation avant la retraite Revenu de retraite estimé État matrimonial Caractère volontaire ou non de la retraite	À court terme, on constate une baisse de la détresse psychologique, ainsi qu'une augmentation de l'énergie et de la satisfaction. À long terme, la santé, tant psychologique que physique se détériore. Les auteurs estiment qu'il s'agit probablement d'un effet de l'avancée en âge. Il n'y a pas réellement d'indication que la retraite est un événement stressant, même qu'au point de départ, la retraite a des effets positifs.

²⁶ Pour cette raison, l'échantillon constitué par le *Normative Aging Study* est de statut socio-économique légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population étatsunienne.

²⁷ Les auteurs font remarquer, au passage, que ce résultat est notable parce que cette variable a été associée à une adaptation plus difficile. Peut-être faut-il distinguer la « retraite obligatoire », de la « retraite involontaire », la première pouvant prendre la forme d'une norme sociale.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Gallo et al. (2006)	Effet de la perte involontaire d'emploi peu avant la retraite sur les symptômes dépressifs à long terme	États-Unis, 1992-1998 n=231 travailleurs ayant perdu leur emploi + 3324 travailleurs <i>Health and Retirement Survey</i> , vagues 1 à 4 Régressions multiples	Fait d'avoir ou non perdu son emploi (à cause d'une fermeture d'entreprise ou de mises à pied) durant les deux premières vagues de l'enquête (1992, 1994)	Symptômes dépressifs (<i>Center for Epidemiological Studies-Depression</i>)	Âge Fait d'être ou non afro-américain Scolarité Couverture par une assurance maladie Revenu Avoirs (excluant la résidence personnelle) Occupation État matrimonial Consommation d'alcool Tabagisme Activité physique Présence de diverses affections physiques (diabète, obésité, troubles cardiovasculaires, etc.) Incapacité ou limitations	Les résultats varient selon les avois (excluant la propriété de la résidence personnelle). La perte d'emploi avant la retraite est associée à la dépression chez ceux dont les avois nets sont inférieurs à la médiane.
Gallo et al. (2000)	Effets de la perte involontaire d'emploi sur la morbidité et les troubles psychologiques chez les travailleurs vieillissants	États-Unis, 1992-1994 n=209 travailleurs ayant perdu leur emploi + 2907 travailleurs <i>Health and Retirement Survey</i> Régressions multiples	Fait d'avoir ou non perdu involontairement son emploi	Troubles psychologiques Morbidité	Âge Fait d'être ou non afro-américain Scolarité Revenu Avoirs (excluant la résidence personnelle) Occupation État matrimonial Consommation d'alcool Tabagisme Présence de diverses affections physiques (diabète, obésité, troubles cardiovasculaires, etc.) Incapacité ou limitations	Perdre son emploi entraîne la maladie et les troubles psychologiques. La relation est probablement bi-directionnelle, mais le fait que la santé antérieure ait été strictement contrôlée indique qu'il y a une bonne part de causalité. Les conséquences sont particulièrement importantes pour les travailleurs âgés qui accumulent une partie importante de leurs avois pour la retraite dans les dernières années de leur vie professionnelle.
Gill et al. (2006)	Effets de la retraite et de l'âge conventionnel de la retraite sur la prévalence des troubles mentaux	Australie n=1309 actifs + 635 retraités, 45 à 74 ans <i>Household Income and Labour Dynamics in Australia</i> Questionnaires auto-administrés Régressions logistiques	Statut d'emploi (actif ou retraité) Âge Âge de la retraite	Santé psychologique et physique (<i>Short-Form 36</i>)	État matrimonial Limitations fonctionnelles Propriété de la résidence Revenu du ménage Bien-être matériel SSE	Les troubles mentaux sont plus fréquents chez les retraités, mais l'écart diminue substantiellement avec l'âge. L'approche de l'âge officiel de la retraite, fait disparaître l'écart. La retraite n'est donc probablement pas la cause des troubles mentaux, ce serait plutôt le moment de la retraite qui serait en cause. D'ailleurs, chez les retraités de plus de 55 ans, les troubles mentaux s'expliquent par les problèmes de santé physique.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
He, Colantonio et Marshall (2006)	Relation entre l'instabilité professionnelle et la santé en fin de carrière	Canada 45 à 64 ans en 1994 1994 : n=8567 1997 : 80% des répondants de 1994 <i>Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR)</i> , Statistique Canada Deux entrevues téléphoniques par année, de 1994 à 1997 Modèle des risques proportionnels de Cox	Instabilité professionnelle (nombre de périodes sans travail, nombre de semaines de chômage, nombre de semaines hors de la population active)	Santé auto-estimée ²⁸ (présence de maladie physique ou mentale ; problème de santé)	Âge Sexe Statut matrimonial Revenu Instruction	L'instabilité professionnelle et la maladie sont liées, probablement dans une relation de causalité mutuelle.
Herzog, House et Morgan (1991)	Effet des conditions de travail et du caractère volontaire ou non du statut d'emploi sur la santé physique et psychologique	États-Unis n=1339, 55 ans ou plus, excluant ceux qui n'ont jamais eu d'emploi rémunéré, ceux qui sont inactifs pour raison d'incapacité et les retraités pour raisons de santé <i>American Changing Lives Survey</i> Entrevues à domicile Régressions multiples	Statut d'emploi et nombre d'heures travaillées Caractère volontaire ou non du statut d'emploi Conditions de travail (stress, demande psychologique, contrôle, rétribution)	Santé Dépression (CES-D) Satisfaction Fonctionnement cognitif	Exclusion de l'enquête de ceux qui ont pris leur retraite pour des raisons de santé Sexe Fait d'être ou non afro-américain Scolarité État matrimonial Occupation Âge	Le choix du statut, y compris du nombre d'heures de travail chez les actifs, est déterminant des effets sur la santé : un statut d'emploi et un nombre d'heures choisis sont positivement corrélés à l'état de santé psychologique et physique. Les mauvaises conditions de travail déterminent une préférence pour la retraite. Aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes.
Hinterlong (2006)	Différences dans la relation activité / santé entre les afro-américains et les blancs	États-Unis n=1644 afro-américains ou blancs âgés de 60 ans ou plus <i>American Changing Lives Survey</i> , vagues de 1986, 1989 et 1994 Entrevues en personne Équations d'estimation généralisée	Activités (emploi régulier, travail rémunéré irrégulier, bénévolat, entraide, soins aux proches)	Santé (auto-évaluation, limitations)	Fait d'être ou non afro-américain Âge Sexe État matrimonial Revenu Insécurité matérielle Scolarité Fonctionnement cognitif Santé préalable	L'activité a un effet bénéfique, peu importe qu'il s'agisse de travail rémunéré ou non. Le fait d'être ou non afro-américain n'a pas d'influence sur les résultats une fois contrôlées les variables socioéconomiques.

²⁸ Pour minimiser l'effet de sélection, l'étude exclut les personnes atteintes d'un problème de santé lors du premier cycle de la collecte des données.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Isaksson et Johansson (2000)	Effet du caractère volontaire ou non du statut d'emploi sur la santé et le bien-être	Suède, 1992 n=224 retraités et 146 employés, âgés de 55 ans ou plus Échantillon constitué par les auteurs dans une compagnie d'assurances ayant fait l'objet d'une restructuration durant laquelle les employés de 55 ans ou plus, sauf ceux qui étaient considérés comme indispensables, ont été incités à la retraite avec compensation financière Questionnaire auto-administré deux fois à 18 mois d'intervalle Analyse de variance (ANCOVA)	Statut d'emploi Caractère volontaire ou non du statut d'emploi ²⁹ Sexe	Adaptation : santé, santé psychologique, satisfaction, centralité du travail		Pour les deux groupes, un statut volontaire est positivement associé à la santé et au bien-être.
Jakubowski (1985) (thèse de doctorat)	Impact de la retraite (conceptualisée comme un « événement stressant ») sur la santé mentale (surtout dépression) et l'adaptation sociale. Effet des schèmes cognitifs d'appréhension des événements sur le vécu de la retraite.	États-Unis n=101 hommes 50 à 69 ans Échantillon constitué par l'auteur dans une grande université et dans de grandes entreprises de l'Iowa Exclusion des retraités pour incapacité Contact 1 : par la poste, avant la retraite Contact 2 : par la poste, environ 8 semaines après la retraite Régressions hiérarchiques multiples	Statut occupationnel Raison de la retraite Revenu Facteurs	<i>Social Readjustment Rating Questionnaire</i> (Holmes et Rahe, 1967) <i>Dépression (Symptoms checklist 90)</i> <i>Dyadic Adjustment Scale</i> <i>Katz Adjustment Scale</i> <i>Dysfunctional Beliefs about Aging and Retirement Questionnaire</i> Raisons de la retraite	Ressources personnelles Ressources environnementales Schèmes cognitifs d'appréhension Mécanismes de réponses	Grande stabilité de la santé mentale entre les deux moments de l'enquête. L'adaptation varie un peu, mais très faiblement. Les plus importants facteurs de variation de la dépression sont, en ordre : la santé, le statut occupationnel, les croyances relatives à la retraite et au vieillissement, les raisons de la retraite, les résultats au SCL-90 avant la retraite. L'âge, le revenu anticipé, le soutien social et la compétence sociale n'ont pas d'effets. Le très fort poids de la santé explique le peu d'effet des autres facteurs.
Joly (2004) (mémoire de maîtrise)	Effet du statut d'emploi et du caractère volontaire ou non de la retraite sur la « qualité de vie », incluant la détresse psychologique, la morbidité et la santé perçue	Québec (région de Sherbrooke) n=259, 60 à 66 ans <i>Enquête longitudinale québécoise sur le vieillissement</i> Entrevues en personne	Statut d'emploi (en emploi, retraité volontaire, retraité involontaire)	Détresse psychologique Santé perçue Morbidité Affects positifs Actualisation du potentiel Satisfaction envers la vie Investissement dans des activités	Sexe État matrimonial	Les retraités non volontaires ont une qualité de vie inférieure à celle des deux autres groupes, tel que l'indique le fait que les retraités volontaires ont les résultats les plus faibles pour tous les indices de qualité de vie mesurés, sauf pour l'investissement dans des activités et les affects positifs. Il n'y a pas d'écarts significatifs entre les répondants en emploi et les retraités volontaires. Ce n'est donc pas la retraite qui explique une diminution de la qualité de vie, mais le type de retraite. Chez les retraités non volontaires, 42,9% déclarent avoir pris leur retraite pour des raisons de santé.

²⁹ Certaines personnes sont demeurées en emploi parce que leur candidature à la retraite anticipée à été refusée. En fait, il y a eu plus de « maintien en emploi involontaire » que de « retraites involontaires ».

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Lafleur (2002) (mémoire de maîtrise)	Effet du statut d'emploi et du caractère volontaire ou non de la retraite sur la « qualité de vie », incluant la détresse psychologique, la morbidité et la santé perçue	Québec (région de Sherbrooke) n=259, 60 à 66 ans <i>Enquête longitudinale québécoise sur le vieillissement</i> Entrevues en personne	Statut d'emploi (en emploi, retraité volontaire, retraité involontaire)	Détresse psychologique Santé perçue Morbidité Affects positifs Actualisation du potentiel Satisfaction envers la vie Investissement dans des activités	Sexe État matrimonial	Les retraités non volontaires ont une qualité de vie inférieure à celle des deux autres groupes, tel que l'indique le fait que les retraités volontaires ont les résultats les plus faibles pour tous les indices de qualité de vie mesurés, sauf pour l'investissement dans des activités et les affects positifs. Il n'y a pas d'écarts significatifs entre les répondants en emploi et les retraités volontaires. Ce n'est donc pas la retraite qui explique une diminution de la qualité de vie, mais le type de retraite. Chez les retraités non volontaires, 42,9% déclarent avoir pris leur retraite pour des raisons de santé.
Lefrançois et al. (2001)	Effet des ressources psychosociales sur les conséquences des « événements stressants » dont la retraite	Québec (Sherbrooke et Trois-Rivières) n=259, âgés de 60 à 65 ans, en emploi et à la retraite <i>Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement</i> , complétée par recrutement dans les journaux, affiches et contacts auprès d'établissements d'hébergement Deux entrevues structurées à domicile	Ressources individuelles et sociales : scolarité, « actualisation du potentiel », « autonomie psychologique », taille du réseau social, degré d'utilisation du réseau social, satisfaction face au réseau social	Qualité de vie : capacités fonctionnelles (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), <i>Psychiatric Symptoms Index</i> , <i>Multifunctional Assessment Questionnaire</i> « Niveau de traces de vie » mesuré par le <i>Hassle Scale</i>	Aucun contrôle n'est rapporté	Les ressources psychosociales protègent de l'impact négatif de la retraite (détresse psychologique).
Luoh et Herzog (2002)	Effets de l'activité (bénévole ou rémunérée) sur la santé des plus âgés	États-Unis, 1998 n=4860, nés avant 1924 (donc âgés de 75 ans ou plus au moment de l'étude) <i>Asset and Health Dynamics among the Oldest Old (AHEAD)</i>	Bénévolat Travail rémunéré	Santé (auto-évaluée, limitations fonctionnelles) Mortalité	Âge Sexe État matrimonial Fait d'être ou non afro-américain Groupe ethnique Scolarité Revenu du ménage Patrimoine Activité physique Importance de la religion Contacts sociaux Fonctionnement cognitif Symptômes dépressifs (CES-D)	L'activité semble réduire les probabilités de mortalité, de morbidité et de limitations fonctionnelles. Toutefois, la quantité d'activité produisant ce résultat est très faible (100 heures par année). L'effet bénéfique de l'activité diminue avec le contrôle des variables sociodémographiques, mais reste néanmoins significatif. Les contrôles pour la santé antérieure permettent de penser qu'une partie de la relation en est une de causalité, mais on ne peut entièrement exclure l'effet de sélection.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Mein et al. (2003)	Détermination de l'effet de la retraite à 60 ans (âge statutaire de la retraite dans le groupe étudié), compte tenu du niveau professionnel et du sexe	Royaume-Uni n=392 retraités + 618 travailleurs Fonctionnaires de 54 à 59 ans au début de la période d'analyse (1993) Les retraités pour raisons de santé sont exclus <i>Whitehall Study II</i> Questionnaires auto-administrés durant la phase 3 (1991-1993) et la phase 4 (1995) Régressions linéaires	Niveau professionnel Latitude décisionnelle (selon l'échelle de Karasek) Satisfaction au travail Sexe	Santé physique et mentale (<i>Short Form 36 General Health Survey, SF-36</i>)		La santé mentale s'améliore chez les retraités des niveaux professionnels supérieurs ³⁰ et se détériore chez ceux qui demeurent en emploi. La santé physique se dégrade dans les deux groupes. Il n'y a pas de différence selon le sexe.
Mein et al. (1998)	Évaluer la pertinence de quatre théories sociologiques de la retraite (désengagement, perte de rôle, dépendance structurée et troisième âge).	Royaume-Uni, 1995-1996 n=25, fonctionnaires de grades variés retraités depuis moins de 2 ans ayant pris leur retraite entre 55 à 63 ans <i>Retirement Study</i> , une composante du <i>Whitehall Study II</i> Entrevues semi-dirigées	<u>Thèmes abordés dans les entrevues</u> Étapes et processus de planification de la retraite Expérience présente de la retraite Perspectives pour l'avenir <u>Résultats</u> -La plupart affirment que leur santé ne s'est pas détériorée et même qu'ils éprouvent beaucoup moins de stress, ce qu'ils utilisent comme indicateur d'une amélioration de leur santé; les répondants des grades supérieurs étaient plus nombreux à faire cette affirmation. -Quoi qu'ils ne constatent pas de dégradation de leur état de santé, les répondants affirment que c'est une de leur plus importante préoccupation de retraité, probablement, disent certains, parce qu'ils ont plus de temps pour y penser. -La préoccupation pour la santé est interprétée comme le résultat de l'apprentissage du rôle de retraité. -Les répondants ne vivent pas de détérioration de leur état de santé, mais ils s'attendent à ce que leur santé se détériore à l'avenir. -Plusieurs répondants déclarent s'ennuyer de leurs collègues de travail, mais ne disent pas, pour autant, se sentir isolés ou esseulés.			
Minkler, 1981 (recension de littérature)	Recension de la littérature sur les effets de la retraite sur la santé physique et mentale. La retraite a été reconceptualisée comme un « événement stressant » (<i>stressful life event</i>), mais les données disponibles ne permettent de conclure ni à des effets positifs, ni à des effets négatifs. Les résultats contradictoires sont, en partie, la conséquence de problèmes méthodologiques.					

³⁰ Les auteurs estiment qu'il faut sans doute relier cette amélioration au fait qu'aux niveaux professionnels supérieurs, les bénéfices matériels de retraite sont plus élevés. Un indice empirique de cette analyse provient d'ailleurs d'entrevues qualitatives qui indiquent qu'aux niveaux professionnels inférieurs, le souci pour la sécurité financière à la retraite est beaucoup plus élevé.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Neuman (2004) (thèse de doctorat)	Effets de la retraite sur la santé fondé sur un modèle néo-classique d'analyse à savoir que la retraite est l'occasion d'une augmentation des « investissements » dans la santé, considérée comme un « bien désirable »	États-Unis, 1992-2002 (périodes d'observation variables selon les analyses) échantillon 1, n=7130 échantillon 2, n=15922 Population en emploi au début de l'étude <i>Health and Retirement Study</i> , vagues 1 à 6	Statut d'emploi (2 mesures de la retraite – fortement corrélées- définition subjective + fait d'avoir travaillé 1200 heures ou moins dans l'année = retraite partielle; 0 heures de travail = retraite complète)	Santé auto-déclarée (perception de l'évolution de la santé à chaque vague de l'enquête) <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>	Âge Scolarité Groupe ethnique Conjoint qui travaille Couverture par une assurance maladie Revenu Avoirs Enfants de moins de 18 ans résidant au domicile État de santé durant l'enfance Père et mère vivants Santé initiale Comportements relatifs à la santé	La retraite préserve la santé et elle diminue la probabilité d'une perception de déclin. L'analyse révèle toutefois que, pour les hommes, la probabilité de rapporter une amélioration est plus faible que pour les femmes.
Nuttman-Schwartz (2004)	Description qualitative de s attentes envers la retraite et de l'expérience de la retraite	<u>Échantillon et mesures</u> <i>échantillon</i> = Israël, 56 hommes, en Israël de niveaux socioprofessionnels variés, exclusion des travailleurs connus comme ayant des problèmes psychologiques <i>Description des attentes et de l'expérience première entrevue</i> : durant la dernière année d'emploi précédant leur retraite obligatoire (en Israël, la retraite est obligatoire à 60 ans pour les femmes et à 65 ans pour les hommes), portant sur l'histoire de vie et la perception de l'avenir <i>deuxième entrevue</i> : description de l'expérience de retraite et de la vie quotidienne <i>Mesures de santé</i> <i>Psychologique</i> : auto-déclarée et mesurée par la détresse et le bien-être par le biais du <i>Mental Health Inventory</i> de Veit et Ware, 1983 <i>Physique</i> : auto-déclarée et mesurée par le Multi-Dimensional Health Scale de Antonovsky, 1985			<u>Résultats</u> Les représentations de la retraite avant que celle-ci ne survienne sont assez variées. Certains l'attendent comme une amélioration de leur vie, d'autres comme une continuité, travail marchand en moins, alors que d'autres encore ont des appréhensions (revenu, ajustements familiaux et prise de conscience de la mort). L'expérience de la retraite est tout à fait différente. L'insatisfaction est très peu courante et ceux qui avaient des appréhensions négatives ont considérablement redéfini la retraite à la lumière de leur expérience. Relativement à la santé, un an après la retraite, il y a une baisse significative de la détresse, une faible augmentation du bien-être et aucun changement dans l'auto-évaluation de la santé physique.	
Ohrui et al. (2004)	Relation entre l'âge de la retraite et la mortalité et la morbidité chez les plus instruits	Japon, 2003 n=611 de 72 à 88 ans Échantillon constitué par les auteurs à partir de la liste de graduation de l'École de génie de l'Université Tohuko Exclusion des répondants rapportant une histoire de maladie ou des problèmes psychologiques	Statut d'emploi (retraité ou non) Âge à la retraite	Mortalité Morbidité Fonctionnement cognitif Activités quotidiennes	Santé du conjoint Participation à des activités physiques ou sociales Loisirs Activités domestiques Bénévolat Âge	Ceux qui prennent leur retraite plus tard ont une plus grande longévité et moins de risque de morbidité que les autres. Le maintien en emploi est une occasion d'activité physique, qui n'est pas toujours compensée par de l'activité physique à la retraite.
Richardson et Kilty (1995)	Différences de sexe dans l'adaptation à la retraite relativement à la santé mentale	États-Unis (Ohio) n=114 h. + 108 f., âge moyen, 61 ans, (entreprises privées et institutions) Deux entrevues en personne (précédant la retraite et six mois après la retraite), un questionnaire auto-administré (1 an après la retraite) Analyses de variance	Sexe Moment de l'entrevue	Liste des symptômes de Veroff et al. Échelles de dépression de Beck	Aucun contrôle n'est indiqué, mais les caractéristiques socioéconomiques sont présentées dans la description de l'échantillon.	La retraite est source d'anxiété, d'augmentation de la consommation d'alcool, tant pour les hommes que pour les femmes. L'anxiété diminue six mois après la retraite et augmente par la suite. La même tendance s'observe pour la santé physique qui s'améliore d'abord pour ensuite se détériorer. Les différences entre les sexes résident surtout dans l'expression des symptômes, les femmes rapportant plus d'anxiété et les hommes plus de consommation d'alcool et quelque peu plus de problèmes somatiques.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Richardson et Kilty (1991)	Différences d'adaptation à la retraite selon le sexe, durant la première année de la retraite	États-Unis (Ohio), 1986-1987 Secteurs et occupations variés temps 1 (au moment de la retraite) n=250 temps 2 (6 mois après) n=242 temps 3 (1 an après) n=222 Échantillon constitué par les auteurs pour les besoins de cette recherche Contacts avec des organisations Entrevues en personne, en général à domicile Au temps 3, questionnaires par la poste	Sexe Temps écoulé depuis la retraite Santé Prestige occupationnel Scolarité Revenu Engagement envers le travail	Trois mesures de bien-être : 1) index de bien-être construit à partir de deux questions (satisfaction et bonheur) 2) échelle de moral (<i>Jaslow Morale Scale</i>) 3) satisfaction par rapport aux relations sociales		Pour tous les indicateurs, il y a un déclin après 6 mois, tant chez les femmes que chez les hommes. Il y a, par la suite, remontée du bien-être et de la satisfaction par rapport aux relations sociales, mais l'indice du moral se détériore encore. Les résultats varient selon le prestige occupationnel, l'âge, la santé et la proportion de revenu qui est maintenue à la retraite. Il y a assez peu de variation par sexe, mais on observe une interaction sexe/ prestige occupationnel en ce qui concerne la satisfaction par rapport aux relations sociales : les femmes de faible prestige occupationnel sont moins satisfaites.
Ross et Drentea (1998)	Comparaison des activités des retraités et des travailleurs à temps plein et de leurs conséquences pour le sentiment de contrôle et la détresse psychologique	États-Unis 1995, 18 ans ou plus n=2592, 18 ans ou plus (suréchantillonnage des 60 ans ou plus) <i>Survey of Aging, Status and the Sense of Control</i> Entrevues téléphoniques auprès des ménages Régressions multiples	Statut d'emploi tel que déclaré par le répondant	Sentiment de contrôle ou d'impuissance (échelle de Mirowsky-Ross) Détresse ou bien-être psychologique (dépression selon l'échelle du <i>Center for Epidemiological Studies, CES-D</i>) et questions sur l'anxiété	<u>Variables intermédiaires</u> Caractéristiques des activités (variété, choix autonome, possibilité d'apprentissage et de résolution de problème, gratification, interactions) <u>Variables contrôle</u> Incapacité physique Épisodes de chômage Propriété d'une maison Âge Groupe ethnique Statut matrimonial Scolarité	Les activités des retraités sont plus routinières, offrent moins d'occasions d'apprentissage et de résolution de problèmes, mais elles sont plus autonomes et aussi agréables que celles des travailleurs. Ces caractéristiques expliquent en partie pourquoi les retraités ont moins le sentiment de contrôle et éprouvent moins de détresse psychologique.
Shaw et al. (1998) (recension de littérature)	Recension des théories et de travaux de recherche sur la santé et le bien-être à la retraite	<u>Sommaire du contenu</u> Description d'approches courantes de la retraite et évaluation de leur pertinence par rapport aux données empiriques. Description des circonstances qui font varier l'expérience de la retraite. Brève recension de la recherche sur les effets de la retraite sur la santé et de la santé comme décision de prendre la retraite.				
Shultz, Morton et Weckerley (1998)	Effet des facteurs de la prise de retraite sur l'adaptation à la retraite	État-Unis, 1992 n=992 retraités <i>Health and Retirement Study</i> (vague 1) Entrevues en personne «Discriminant function analysis»	Caractère volontaire ou non (tel que rapporté par les répondants) Raisons de la prise de retraite	Dépression Satisfaction envers la vie Satisfaction envers la retraite Évolution de la satisfaction depuis la retraite Santé physique Évolution de la santé depuis un an Santé émotionnelle	Âge Âge de la retraite Revenu Scolarité	Les facteurs négatifs de la prise de retraite (les <i>push factors</i>) sont plus déterminants de l'adaptation à la retraite. Puisqu'ils entraînent davantage la perception d'une retraite involontaire, ils entraînent des répercussions négatives (ceux qui perçoivent leur retraite comme involontaire évaluent plus négativement leur santé physique et mentale et rapportent plus de dépression). Comme les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes varient, il est possible qu'une partie de la différence soit due à ces facteurs.

Étude	Objet	Population, échantillon, source, mode de collecte et d'analyse des données	Variable(s) indépendantes	Variable(s) dépendantes	Variable(s) contrôle	Résultats
Villamil, Huppert et Melzer (2006)	Causes de la réduction de la prévalence de la dépression avec l'augmentation de l'âge	Royaume-Uni, 2000, 45-75 ans n=4128 (2253 femmes) <i>British Psychiatric Morbidity Survey (Office for National Statistics)</i> Entrevues en personne Régressions logistiques	Âge	Présence de 14 symptômes (incluant dépression et anxiété) selon le <i>Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R)</i>	Statut matrimonial Groupe ethnique Scolarité Classe sociale (occupation) Statut d'emploi (temps plein, temps partiel, sans emploi) Dette Milieu de vie (rural, semi-rural, urbain) Propriété de la maison Nombre de déménagements durant les deux dernières années Nombre d'amis proches Soutien social perçu Nombre d'enfants au domicile Autres adultes au domicile Maladie de longue date Incapacité	Baisse marquée des épisodes dépressifs chez les femmes à 60 ans et chez les hommes à 65 ans, ce qui correspond aux âges de retraite de ce pays. Par conséquent, ce n'est pas le moment personnel de la retraite qui a de l'effet, mais bien l'atteinte de l'âge de la retraite, ce qui indiquerait que l'âge est important en tant que norme sociale. Le statut d'emploi est lié à la dépression et à l'anxiété chez les hommes, mais pas chez les femmes, mais cette relation n'élimine pas celle qui existe entre l'âge et les troubles psychologiques. ³¹

³¹ De plus, les sans emploi et les retraités sont confondus.

Quelques sources courantes de données

ESTEV. *Enquête santé, travail et vieillissement*, France. L'enquête a été initiée à la fin des années 1980 par des médecins du travail et des équipes de recherche universitaires. Les sujets, des hommes et des femmes, sont nés en 1938, 1943, 1948 et 1953 (pour contrôler l'effet de cohorte sur les résultats), ils sont de statuts socioéconomiques variés et tirés au sort dans les listes de travailleurs suivis par les médecins du travail. L'enquête porte sur l'effet de l'exposition présente et passée à diverses caractéristiques de travail (contraintes, astreintes, toxiques, autonomie, horaires, intérêt du travail, monotonie, cadences, gestes répétitifs, etc.) afin d'en évaluer l'effet sur l'incidence et le rythme des altérations de la morbidité et des capacités fonctionnelles. Les effets sur la santé sont mesurés par auto-déclaration, par examen clinique normalisé. La première enquête, 1990, a recueilli des données sur 21378 salariés, la deuxième, 1995, sur 18695 salariés.

Health and Retirement Study (aussi appelé *Health and Retirement Survey*), États-Unis, durée de 10 ans, commencée en 1992 avec un échantillon initial de 12 654 répondants, nés entre 1931 et 1941. Les entrevues ont lieu aux deux ans. L'objectif général est d'étudier l'expérience et la transition de retraite des travailleurs plus âgés, particulièrement en ce qui a trait à la santé et au bien-être. Depuis 1998, le HRS a été fusionné avec le *Study of Assets and Health Dynamics (AHEAD)*, qui s'étend à la population née avant 1924 et dont l'objectif est d'étudier les liens entre la santé et les ressources matérielles chez les étatsuniens les plus âgés.

Whitehall Study : Royaume-Uni, début dans les années 1960, fonction publique, tous grades hiérarchiques et occupations, 19029 répondants, âgés de 40 à 69 ans. Objet = étude des inégalités socioéconomiques en rapport avec la santé. Résultat = non seulement les inégalités socioéconomiques ont-elles un effet sur la santé, mais ces effets sont graduels du bas au haut de l'échelle sociale (gradient de santé).

Whitehall Study II : Royaume-Uni, fonction publique, tous grades hiérarchiques et occupations. Suite de l'étude sur les inégalités sociales et le gradient de santé et exploration des mécanismes produisant ces résultats. Les occupations sont stratifiées en 13 grades, que Mein et al. (1998), ont regroupés en trois catégories : la catégorie supérieure regroupe les occupations de la haute administration, la catégorie intermédiaire, regroupe l'encadrement et les professionnels, la dernière catégorie regroupe les occupations du bas de l'échelle, à savoir les clerks et les employés de soutien. Les données ont été recueillies à partir de 1985, auprès de 10 308 fonctionnaires, sur la santé et les habitudes de vie, sur une durée de 13 ans. Le *Retirement Study*, initié en 1995, est un projet associé qui a pour objectif d'examiner les effets de la retraite (santé physique, santé mentale et bien-être social) des participants à l'enquête *Whitehall II*. Il est utile de mentionner que dans la fonction publique britannique, la retraite est obligatoire (sauf exceptions), à 60 ans.

